**Spett.le C.s.s.m.**

**E alla c.a. della Spett.le Commissione U.M.V.D**

**A.S.L. CN1 Distretto Sud Est – C.S.S.M.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire dei finanziamenti finalizzati alla realizzazione di interventi a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno famigliare “Dopo di noi” , erogati ai sensi della L.112/2016 e della successiva normativa regionale

**DICHIARA**

* di essere riconosciuto/a invalido/a civile al ……..%
* di essere in possesso della certificazione dello stato di handicap in condizioni di gravità, ai sensi dell’articolo 3 comma 3 della legge 104/92
* di non beneficiare/beneficiare di altri contributi regionali …………………………………………..
* che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I ° Componente | II ° Componente | III° Componente | IV° Componente | V ° Componente |
| Cognome / Nome |  |  |  |  |  |
| Luogo e Data di Nascita |  |  |  |  |  |
| Relazione di parentela |  |  |  |  |  |
| Attività svolta |  |  |  |  |  |

Ai fini dell’accoglimento della presente domanda, si allegano, in copia, i seguenti documenti:

* Fotocopia del documento d’identità del richiedente in corso di validità
* Fotocopia del Certificato di Invalidità Civile
* Fotocopia del Certificato handicap in condizioni di gravità, ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92
* Provvedimento di nomina emesso dall’Autorità Giudiziaria, in caso di tutela/curatela/ amministrazione di sostegno,
* PROGETTO PERSONALIZZATO
* ISEE socio sanitario del richiedente in corso di validità

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_