

Al Distretto Socio Sanitario

D10 c/o il Comune di _____

**Oggetto: Richiesta interventi previsti dal programma "Dopo di noi" per disabili gravi.
Legge N. 112/2016.**

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ tel _____

in qualità di:

___ disabile direttamente interessato;

___ legale rappresentante o familiare del disabile (specificare): _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____

MANIFESTA L'INTERESSE

Per la fruizione degli interventi previsti dal programma "Dopo Di noi".

A tal fine, dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico ed allega:

- Documento di identità in corso di validità della persona disabile e di chi presenta l'istanza se non coincidente;
- Nei casi di persone disabili rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica;
- Certificazione di disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3;
- ISEE in corso di validità;

_____ li _____

FIRMA
