

MODULO A

AL COMUNE DI GUAMAGGIORE

Servizio Sociale
Viale IV Novembre
09040 Guamaggiore

OGGETTO: Richiesta di intervento ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Il modulo va compilato e letto attentamente in ogni sua parte.

Il/la _____ sottoscritto/a
_____ nato/a a _____
_____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____ tel./cell. _____
_____ indirizzo _____ mail _____

CHIEDE

- per sé
- in qualità di
 - amministratore di sostegno/tutore;
 - esercente la responsabilità genitoriale;

del/la _____ Sig./ra _____
_____ ,
nat _____ a _____ il _____
_____ residente in GUAMAGGIORE Via _____ , n. _____
_____ tel./cell. _____ C.F. _____

ai fini della:

- presentazione domanda
- rinnovo domanda

L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n. 20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

A tale scopo allega i seguenti documenti:

- Copia del documento di identità del dichiarante (e del beneficiario se persona diversa dal dichiarante);
- Copia Codice Iban (se previsto pagamento su Conto corrente);
- Decreto di nomina Amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- Altro _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Guamaggiore, _____

FIRMA

Parte riservata all'ATS	
ASSL _____	
Unità Operativa	

Si attesta che	
è in carico a questa Unità Operativa dal ____/____/____ per infermità compresa nell'Allegato A, L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita lavorativa.	
Operativa (timbro e firma)	Unità