

Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nella qualità di \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in casi di dichiarazione falsa o non  
rispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445, dichiara di essere:  
nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, di essere residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CF: \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di potere accedere al beneficio economico di cui all'Azione n.2 del Piano di Zona 2020, a titolo di  
rimborso delle spese sostenute per servizi socio-assistenziali usufruiti dal soggetto disabile grave,  
durante l'anno 2024,  
in favore di \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CF: \_\_\_\_\_  
disabile grave, in possesso della certificazione, ai sensi dell'art.3, comma 3, Legge 104/92.

A tal fine si allega all'istanza:

- certificazione sanitaria, ai sensi dell'art.3, comma 3 della L.104/92;
- copia della carta d'identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento e del richiedente;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno (in caso di disabili adulti);
- ricevute e/o fatture, presenze ai centri di riabilitazione attestanti le spese effettuate.

Data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e s.m.i, nonchè  
alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

FIRMA

\_\_\_\_\_