



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA

095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com- PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

OGGETTO: FONDO DOPO DI NOI - Richiesta per la predisposizione di un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.

AI DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

di GRAVINA DI CT

Viale Marconi n. 6

GRAVINA DI CT

PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

Il sottoscritto/la sottoscritta _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente 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. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario /persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge

(specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore/ amministratore)

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod.fiscale _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____

la predisposizione un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.