

AI SIG. SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

Oppure

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nella qualità di  
tutore del Sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_

### C H I E D E

La concessione dei benefici assistenziali e la conseguente concessione del contributo previsto dalla nota di prot. 14404 del 04/05/2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali che ha previsto interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H 24.

A tal fine dichiara di essere disabile in condizione gravissime in quanto affetto da

\_\_\_\_\_ per cui  
necessità di assistenza continua, grave rischio della propria incolumità vitale.

Allega:

- La documentazione sanitaria è stata presentata dall'Ufficio dei Servizi Sociali Professionali.

Il, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_