

Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Censimento per persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente in via _____ telefono _____

DICHIARA

Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/92;

ovvero

Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. ___) affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;

Allega alla presente istanza:

Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;

Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dal 16.01.2019;

Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e del disabile grave);

Luogo _____ Data _____

FIRMA
