



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI capofila - SAN GIOVANNI GEMINI – CAMMARATA

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ e residente in Via _____
n. _____ telefono _____

Ai fini del censimento di cui all'Avviso Pubblico per le persone con disabilità grave art.3,c.3,
L.104/92, pubblicato nei Comuni del Distretto D4

COMUNICA

Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma3, della Legge n.104/1992;

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig. _____ nato/a il _____
a _____ affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma3, della Legge n.104/1992;

Allega alla presente istanza:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/1992;
- Certificato ISEE socio sanitario in corso di validità;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

FIRMA
