

AL SINDACO
DEL COMUNE DI.....
.....

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALE PER PRESTAZIONI
COMPLEMENTARI A SOSTEGNO DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
(FNA 2016 – DGR 5940/2016)**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a..... il.....

Prov..... C.F.

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Tel. /..... Tel. /.....

Domicilio (se diverso dalla residenza):

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento ecc..)

In qualità di:

- diretto interessato
ovvero
- parente (specificare)..... del soggetto non autosufficiente
- amministratore di sostegno

del sig./ra:

Cognome e nome

Nato/a..... il

Prov.....C.F.

Residente in Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Via.....n°.....

Comune di.....Cap.....Prov.....