

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio Servizi Sociali

**Oggetto:** F.N.A. - Anno 2014 - Progetti assistenziali rivolti a persone in condizione di  
disabilità gravissima (D.A. n. 92 del 23.01.2015)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

L'elaborazione di apposito progetto assistenziale personalizzato per soggetti in condizione  
di disabilità gravissima, per il proprio familiare \_\_\_\_\_

Si allega:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la condizione di gravissima  
disabilità;
2. Copia Verbale Commissione Invalidi Civili attestante l'Invalidità Civile pari al 100% o  
certificazione attestante il grado di disabilità prevista ai sensi dell'art.3 comma 3 dalla Legge  
104/1992 o certificato di non autosufficienza (SVAMA).
3. Copia documento di riconoscimento e codice fiscale.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_