

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

**Oggetto:** F.N.A. - Anno 2015 - Progetti assistenziali rivolti a persone in condizione di disabilità gravissima (D.A. n. 3779 del 29/12/2015)

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

### **CHIEDE**

Il supporto alla persona non autosufficiente in condizioni di disabilità gravissima e alla sua famiglia per il proprio familiare \_\_\_\_\_ nella forma di:

- Acquisto di servizi di cura e di assistenza domiciliare ( Buono di servizio - voucher);
- Fornitura diretta dell'assistenza da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato ( Buono sociale).

Si allega:

1. Certificazione rilasciata dal medico di famiglia che certifichi lo stato di malattia;
2. Copia di verbale per l'accertamento dello stato di invalidità civile;
3. Verbale rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dello stato dell'handicap ( L. 104/92);
4. Copia documento di riconoscimento e codice fiscale.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_