SCADENZA IMPROROGABILE ENTRO E NON OLTRE IL 05 AGOSTO 2015 AL PROTOCOLLO DEL COMUNE

C O M U N E D I S E N N O R I
P R O V I N C I A DI S A S S A R I

AREA POLITICHE SOCIALI

Prot. n.

Al Responsabile dell'Area Politiche Sociali
Del Comune di Sennori

RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. N. 162/98. Periodo dal 1° ottobre al 31 dicembre 2015

COMPILARE SOLO PER I NUOVI UTENTI

Data di presentazione domanda Firma

_____ _____

IL/La sottoscritto/a _____nato/a_____

Il _____residente a Sennori in via _____n°_____

Tel_____mail_____

CHIEDE

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno

□ in suo favore

□ in favore di _____

Nato/a a _____il _____

Residente a Sennori in via _____n°_____

Tel_____mail_____

Si allega alla presente domanda a pena di esclusione dal beneficio:

1. **Copia della scheda salute (allegato b) compilata dal medico di medicina generale, dal pediatra, o dal medico specialista che ha in cura la persona;**
2. **Copia del certificato della commissione medico legale attestante la condizione di handicap grave (l. 104/92 art. 3 com. 3) in corso di validità;**
3. **Attestazione ISEE previsto dal DPCM 159/2013, ART. 6 (ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria);**
4. **Copia documento d'identità del richiedente;**

Dichiara di autorizzare il trattamento dei dati contenuti nella presente richiesta, ai sensi di legge.

Sennori_____ Firma_____