

Oggetto: Richiesta di intervento ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20,
come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ e residente in questo Comune nella via _____,
telefono n. _____ E_Mail _____

CHIEDE

per se medesimo

oppure, in qualità di:

Incaricato della tutela/ Amministratore di sostegno (*Allegare Decreto Tribunale*)

Familiare di riferimento, (*Indicare grado di parentela*).....
(*Allegare Delega*)

di (indicare nominativo) _____
nato a _____ il _____ residente in questo
Comune nella via _____

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n. 20 come
modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Firma

A tale scopo allega i seguenti documenti:

Parte riservata alla A.S.L. Sassari

Unità Operativa _____

Si attesta che il/la _____ è in carico a questa Unità Operativa
dal _____ per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della
L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del
soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)
