

Al PUA / Distretto Socio Sanitario _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

Soggetto richiedente

**Il/La Sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, dichiara di essere:**

nat _____ a _____ il _____

di essere residente a _____ in Via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di Beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig./ra _____
nat _____ a _____ il _____
di essere residente a _____ in Via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____