

ALLEGATO "E"

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO _____
(D.M. 26/09/2016 - DGR 1120/2017)**

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ COGNOME _____ Via _____ NOME _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

in qualità di:

- persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"
- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:

- genitore/familiare convivente
- genitore/familiare non convivente
- operatore esterno

