

Al Distretto Socio-sanitario n. 8

Al Comune di **Delia**

**Oggetto: F.N.A. 2014-2015 - Attuazione dei piani personalizzati per minori disabili (art. 91 L.R. n. 11/2010) - acquisizione fabbisogno assistenziale per minori disabili. Manifestazione di interesse per il servizio di assistenza domiciliare per minori disabili.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di (es: genitore, tutore, affidatario, etc.) \_\_\_\_\_ presa visione ed accettazione di

quanto contenuto nell'Avviso Pubbico del \_\_\_\_\_

**MANIFESTA L'INTERESSE**

per il servizio assistenza domiciliare per minori disabili, da realizzarsi con le risorse a valere sul FNA 2014-2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, in favore del minore:

**DICHIARA**

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 che il proprio nucleo familiare è così composto:

	COMPONENTE	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL MINORE
1			
2			
3			
4			
5			

- Che il minore è affidato allo/a scrivente \_\_\_\_\_ ;
- che il minore fruisce dei seguenti interventi socio-assistenziali o sanitari per minori disabili:

Interventi socio assistenziali o sanitari	Ente presso il quale svolge l'intervento

Inoltre, autorizza il Distretto all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs.196/03, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.  
Allega alla presente istanza:

- ❖ Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.
- ❖ Certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili, attestante il grado di disabilità ai sensi della legge 104/92.

Data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_