

**Al Comune di \_\_\_\_\_**

**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. \_\_\_\_\_ te lefono \_\_\_\_\_ 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:

	<b>COMPONENTE</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>RAPPORTO DI PARENTELA CON IL MINORE</b>
I			
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:

<b>Interventi socio assistenziali o sanitari</b>	<b>Ente presso il quale svolge l'intervento</b>

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 \_\_\_\_\_