

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

*Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto,
Longhena, Macloedio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano,
Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera*

Al Comune di _____

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Tel. n. _____

CHIEDE

di accedere al beneficio proposto dall'Ambito territoriale n. 8 – voucher finalizzati all'acquisto degli interventi complementari per la non autosufficienza in attuazione della DGR 4249/2015 a favore di:

qualora la persona richiedente sia diversa dal beneficiario, indicare il grado di parentela o l'eventuale ruolo esercitato (amministratore di sostegno, tutore):

Data _____

Firma del richiedente

Allego:

- ☐ copia del verbale di invalidità civile al 100% con totale inabilità con diritto all'indennità di accompagnamento
- ☐ copia del certificato di handicap grave (art 3 comma 3 della L. 104/92)
- ☐ ISEE e DSU
- ☐ copia spese sostenute
- ☐ Coordinate IBAN
- ☐ PAI (Progetto Assistenziale Individuale sottoscritto da operatori Comune e ASL)
- ☐ schede TRAIGE ADL e IADL

Gentile utente la informiamo che il trattamento dei suoi dati è realizzato dal personale del suo Comune di residenza e dall'ufficio amministrativo dei Comuni della Fondazione, pertanto le forniamo la seguente informativa privacy