

**MODULO DI DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'ASSEGNO PER DISABILITA'
GRAVISSIMA
PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA – ANNO 2017**

**Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
ADS 14 "Alto Vastese"
ECAD Comune di Montedodorisio
Via V. Emanuele III n. 1
66050MONTEODORISIO (CH)**

PEC: comune.montedodorisio@legalmail.it

Generalità del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

C.F. _____ TEL. _____

e-mail _____

CHIEDE

l'ammissione all'assegno per disabilità gravissima a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima – Piano locale per la non autosufficienza (P.L.N.A.) – anno 2017–per: (barrare la voce interessata):

- Se stesso**
- Per il signor/ra _____ in qualità di:**
 - Familiare**
 - Tutore**
 - Amministratore di sostegno**
 - Altro (specificare) _____**

Nel caso in cui il beneficiario è diverso dal richiedente, specificarne i dati anagrafici:

DATI DEL BENEFICIARIO:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

