

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

Servizi sociali

**Disabili gravissimi e gravi minori e non  
Programmazione F.N.A. 2017**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, Cell.  
\_\_\_\_\_.

**COMUNICA**

- di essere affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell'art. 3 del Decreto ministeriale 26.09.2016;

- di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3;

- di essere soggetto non autosufficiente;

- che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il/la Sig  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell'art. 3 del Decreto ministeriale 26.09.2016;

- che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il/la Sig  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3;

- che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il/la Sig  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

soggetto non autosufficiente;

**N.B. Segnare la tipologia di appartenenza.**

Allega all presente istanza:

- ISEE e ISEE socio sanitario;

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

- Certificazione attestante la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 o indennità di accompagnamento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_