

SPETT.LE

UNITA' MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE

c/o ASUR - AREA VASTA N. _____

Via _____

Città _____

RICHIESTA

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

(ai sensi della DGR n. 1696/2018)

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ COGNOME _____ NOME _____
Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____

(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ COGNOME _____ NOME _____
Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____

in qualità di:

tutore

amministratore di sostegno

per conto di:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

CHIEDE

a codesta Unità Multidisciplinare/Multiprofessionale di voler redigere il proprio Progetto personalizzato di vita indipendente ai fini della partecipazione alla progettualità regionale di cui alla DGR n. 1696/2018 “Art. 6, L.R. 21/2018 - Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità. Approvazione Linee Guida per l’attuazione dei Progetti personalizzati di vita indipendente”.

Allega la seguente documentazione:

1. Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/1992
2. Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente e, nel caso di richiesta da parte di un tutore/amministratore di sostegno, della persona con disabilità

Data _____

FIRMA
