

ALLEGATO "E"

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO _____
(D.M. 26/09/2016– DGR n. 1790/2022 e DGR n.128/2023)**

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

in qualità di:

- persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"
 genitore
 familiare
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:

- genitore/familiare convivente
 genitore/familiare non convivente
 operatore esterno

a tal fine DICHIARA

Data _____

Firma

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.
ovvero altro referente dell'Ente locale _____