

ALLEGATO "D"

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 1578/2016)**

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale n. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

in qualità di:

persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra _____

_____ persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

nato/a il _____ a _____ residente in _____

via _____ n. _____ tel. _____

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

