



CITTA' DI LICATA



COMUNE DI PALMA DI
MONTECHIARO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D5

Comune di Licata Capofila

Persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92

Al Comune di _____

Ufficio dei servizi Sociali

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente in via _____

telefono _____

COMUNICA

- Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992.;
- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____
nato/a il _____ a _____ affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992.;

Allega alla presente istanza:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992.;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Licata , _____

FIRMA
