

LEGGE REGIONALE 18/96

**Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle
persone handicappate modificata ed integrata con la L.R. 28/2000.**

ANNO 20____

AL SINDACO

Comune di Cupra Marittima

Il sottoscritto _____ nato a
_____ il _____ e residente in _____ via
_____ n. _____ in qualità di (*) _____ di _____
nato a _____ il _____ residente in
_____ via _____ n. _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE

l'iscrizione del foglio/a al Centro _____ di _____
per l'anno 20____

DICHIARA

1. di essere a conoscenza del progetto generale dei servizio socio-assistenziale offerti al Centro ed accettarlo pienamente oltre al regolamento;
2. che il figio/a _____ gode dei seguenti trattamenti:
Pensione di invalidità SI NO
Indennità di accompagnamento SI NO
e che pertanto accetta di pagare la somma mensile di € _____

Allega alla presente domanda:

- Proposta di inserimento del servizio ASUR – UMEE
- Copia del verbale Commissione Sanitaria ai sensi dell'art. 4 della L. 104/92.

Cupra Marittima, li _____ =====

Dichiara, altresì, di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai fini esclusivi del presente procedimento, ai sensi della Legge 675/96.

Cupra Marittima, li _____

(Firma) _____