

Alla IV Direzione - Servizi alla
Città
Uffici Servizi Sociali e Sanitari
Area "Disabilità".
Comune di

CANICATTI'

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

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;

CANICATTI', _____

FIRMA
