

**Oggetto:** Richiesta di intervento ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_,  
telefono n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

per se medesimo

oppure, in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n. 20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Firma

-----

A tale scopo allega i seguenti documenti :

1. Certificato di nascita;
2. Certificato di residenza e stato di famiglia;
3. Documentazione comprovante il reddito;
4. Dichiarazione sostitutiva resa in forma di legge attestante che il soggetto non beneficia a causa della propria infermità mentale di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati;

Parte riservata alla ASL.

ASL n. \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Si attesta che il/la \_\_\_\_\_ è in carico a questa Unità Operativa dal \_\_\_\_\_ per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)