

Al Sig. Sindaco  
del Comune di  
SANTADI

**Oggetto:** Richiesta di sussidio economico di cui alla L.R. 30 maggio 1997, n° 20 e ss.mm.ii.

Il /la sottoscritt. \_\_\_\_\_  
nat\_ 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 \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_

amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in questo Comune nella via \_\_\_\_\_

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 20/97 e ss.mm.ii.

firma

\_\_\_\_\_

A tale scopo allega i seguenti documenti:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla ASL**

ASL. N. \_\_\_\_\_

UNITA' 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. 20/1997, in  
grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali a/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni  
attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma leggibile) \_\_\_\_\_