

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 sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_,

CHIEDE

Per se medesimo

Oppure, in qualità di:

- esercente la potestà nei confronti del minore \_\_\_\_\_
- Tutore dell'interdetto \_\_\_\_\_
- Curatore dell'inabilitato \_\_\_\_\_
- Amministratore di Sostegno di \_\_\_\_\_

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.

Allega alla presente:

- copia del documento di identità (del richiedente e del beneficiario se diverso)
- copia del codice fiscale (del richiedente e del beneficiario se diverso)
- dichiarazione sostitutiva di certificazione

Firma

\_\_\_\_\_

*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)

\_\_\_\_\_

Data