

Al Signor Sindaco del Comune di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1697/2018)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

COGNOME

NOME

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di:

- persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"  
 genitore  
 familiare  
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di  
persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:**

- genitore/familiare convivente  
 genitore/familiare non convivente  
 operatore esterno

