



**DISTRETTO
SOCIO -SANITARIO DI
Comune capofila AGRIGENTO**

*Aragona - Comitini - Favara - Ippolito - Giacomino Porto - Espedole - Raffadali - Reolante - Santa Elisabetta -
Sant'Angelo Muzaro - Sicliana -*

Tel.-0922 590111 Fax 0922 605787-

Al Comune di _____

Ufficio dei servizi Sociali

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 appreso 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.

FIRMA