

OGGETTO: richiesta erogazione Servizio S.A.D.E. H.

Il/la sottoscritt _____
nat_ _____ il _____ a _____, residente in
_____, Via _____ n° _____,
recapito telefonico _____, in qualità di _____

CHIEDE

l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare di tipo Educativo a favore del/la
figlio/a disabile

_____, nat_ il _____
a _____, residente in Ascoli Piceno, in Via
_____, n° _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara che il minore:

è in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al _____%

è in possesso del riconoscimento dell'handicap L. 104/92;

è in carico presso: - il Servizio Umee di _____

- il centro di riabilitazione _____ di _____

- altro (specificare) _____

..l. sottoscritt., in conformità all'informativa di cui all'art.13 del D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali allo scopo di consentire lo svolgimento del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto ed è a conoscenza dei diritti attribuiti dall'art.7 del D.lgs. 196/03.

..l. sottoscritt., si impegna altresì a comunicare ogni evento che determini variazioni della propria situazione familiare e a fornire, a richiesta dell'Ufficio, qualsiasi ulteriore informazione o documentazione necessarie per l'espletamento della pratica di cui all'oggetto.

Ascoli Piceno, li _____

Firma
