

**AL COMUNE DI ASCOLI PICENO  
SETTORE SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO: richiesta erogazione Servizio Educativa Domiciliare (SED) persona con disabilità**

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 di  
\_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente in Ascoli Piceno, in Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_.

**A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara che il /la suddetto/a è in possesso dei seguenti requisiti:**

1. - riconoscimento dell'invalidità civile al \_\_\_\_\_% , che si allega;
2. - riconoscimento L. 104/92, che si allega.

**Dichiara altresì che la persona è in carico presso:**

3. - il Servizio Umee di \_\_\_\_\_
4. - il centro di riabilitazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
5. - altro (specificare ) \_\_\_\_\_

**Si allega il Progetto Educativo redatto dal Servizio Sanitario che ha in carico la persona.**

**Il richiedente, qualora si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato, si impegna a presentare la relativa documentazione aggiornata.**

.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, lì \_\_\_\_\_

**Firma**