

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1 AGRIGENTO
SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI _____

Oggetto: Manifestazione d'interessi agli interventi previsti dal programma "Dopo di Noi"

Il/ la sottoscritto/a _____

nato/a ____ a _____

residente a _____

in via _____

tel. _____

Il/ la sottoscritto/a _____

nato/a ____ a _____

residente a _____

in via _____

tel. _____

in qualità di _____

per conto della persona disabile

nato/a ____ a _____ il _____

MANIFESTA L'INTERESSE

per la fruizione degli interventi previsti dal programma "DOPO DI NOI".

A tal fine dichiara di avere preso visione dell'avviso pubblico avente per oggetto il programma distrettuale "DOPO DI NOI" ed allega la seguente documentazione:

- fotocopia della carta di identità del beneficiario e del familiare che eventualmente ha inoltrato la manifestazione d'interesse
- certificazione L 104/92 art. 3, comma 3, attestante la condizione di handicap grave.

Per le domande relative agli interventi per realizzazione di innovative soluzioni alloggiative allegare anche a seconda della tipologia d'intervento:

- preventivo di spesa per il pagamento degli oneri di acquisto o di ristrutturazione o la messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessarie per il funzionamento degli alloggi medesimi;
- breve relazione tecnica;
- contratto di locazione/atto di proprietà;
- documentazione attestante le spese relative al canone di locazione.

FIRMA