

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.3**  
**Viale della Vittoria, 1**  
**61043 CAGLI (PU)**

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

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

residente a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ 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

