



COMUNE DI BIANCAVILLA

Città Metropolitana di Catania
Pec: protocollo@pec.comune.biancavilla.ct.it
P.O. n.6 – Servizi Sociali

Al Signor Sindaco
del Comune di Biancavilla

Il/Lasottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ residente in

Biancavilla Via _____ n. _____ Tel. _____

C.F. _____

In qualità di:

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentele _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

C CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

del/la signor/ra _____

Nato/a _____ il _____ residente in

Biancavilla via /piazza _____ n. _____ Tel. _____

C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso al Centro di Aggregazione disabili

A TAL FINE ALLEGA

- Documento di riconoscimento sia dell'invalide che del familiare.
- Verbale della commissione attestante la disabilità;



COMUNE DI BIANCAVILLA

Città Metropolitana di Catania

Pec: protocollo@pec.comune.biancavilla.ct.it

P.O. n.6 – Servizi Sociali

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 stesso DPR, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopracitato DPR n. 445/2000.

Firma

Data _____
