



COMUNE DI BIANCAVILLA
Città metropolitana di Catania
Cod. Fisc. 80009050875 - P.I. 01826320879

6^a Area 16 Servizio

**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 _____

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 per minori e adulti di età 11/18 - 19/40 con disabilità psico fisica e motoria lieve

A TAL FINE ALLEGA

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

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.

Data

Firma
