

Al Signor Sindaco  
del Comune di  
San Nicandro Garganico

. I .... sottoscritt ..... nat.....  
a ..... il ....., residente a San Nicandro  
Garganico alla Via.....

CHIEDE

l'ammissione al progetto di assistenza che il Comune di San Nicandro Garg.co  
presenterà alla Regione Puglia, nell'ambito dei "*criteri e modalità di erogazione  
dei fondi statali a sostegno delle persone con handicap gravi*" (Delibera  
regionale n. 1222/99 e successive modifiche),

per....., nato il .....  
a ..... e residente a San Nicandro Garg.co  
alla via .....  
San Nicandro Garganico, .....

In fede

\_\_\_\_\_  
firma dell'interessato o della persona autorizzata\*

Si allega la seguente documentazione in triplice copia:

- CERTIFICATO SANITARIO ATTESTANTE LA SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE 104/92 OVVERO COPIA CONFORME.
- DICHIARAZIONE DEI REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE OVVERO COPIA CONFORME

\*Si intende per persona autorizzata:

- a) un Genitore
- b) il Tutore Legale

Numero telefonico _____	Numero cellulare _____
Note: _____	
_____	

N.B.: Da compilarsi in triplice copia