

Al Comune di.....  
(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

## **DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE SI AVVALGONO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE 2018**

**ai sensi della DGR 7549/2017 E DGR 5940/2016 di Regione Lombardia**

### **RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente in (comune) ..... via ..... n.....  
telefono..... codice fiscale.....  
indirizzo email .....  
in qualità di .....  
beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome .....nome..... nato/a ..... prov. .... il ..... residente in (comune) ..... via ..... n..... telefono..... codice fiscale.....
---

### **CHIEDE**

in attuazione della DGR 7549/2017 e dell'avviso pubblico del 31 luglio 2018:

**BUONO SOCIALE** di € 1000 annuale

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA CHE**

**il sig/sig.ra.....(beneficiario)**

1. è stato riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento
2. non frequenta strutture e servizi sanitari, sociosanitari e sociali

