**Allegato “A1”**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**AL COMUNE DI OSTIGLIA**

**CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI OSTIGLIA**

**Via O. GNOCCHI VIANI, N. 16**

**Cap 46035 OSTIGLIA (MN)**

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA PROGETTO PERSONALIZZATO**

(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 6674/2017)

*(DA TRASMETTERE ALLA ASST TERRITORIALMENTE COMPETENTE)*

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* genitore
* familiare
* esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

relativamente al progetto inerente “Dopo di noi”, che venga inoltrata la presente richiesta all’ASST territorialmente competente ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 6674/2017.

A tal fine **dichiara che** il sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stata riconosciuta persona con disabilità grave, ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (legge 104/1992) rilasciato dall’INPS.
2. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_