

Oggetto: delega per la presentazione della richiesta di assegno di cura

Il/la sottoscritta _____

Nato/ a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

Tel _____

Documento d'Identità n _____

Codice fiscale _____

DELEGA

Il/la _____

Nato/ a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Tel _____

Documento d'Identità n _____

Codice fiscale _____

A PRESENTARE

La richiesta di riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul FNA 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29. 09. 2014 in attuazione del Decreto Ministeriale del 20 marzo 2013 per la realizzazione di prestazioni, intereventi e servizi assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime.

allega documento di riconoscimento

Li _____

IN FEDE

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e autorizza l' Ambito Territoriale A04 al trattamento ed elaborazione dei dati forniti per finalità della domanda.

Li _____

IN FEDE
