

**AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI DOLIANOVA**

OGGETTO:RICHIESTA DI INTERVENTO AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA L.R. 30 maggio 1997 n. 20, come modificato dall'art. 33 della L.R. 29 maggio 2007 n. 2 – ANNO 2026.

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n° _____ tel. _____
(obbligatorio), C.F. _____

E-mail _____
stato civile [] celibe [] nubile [] coniugato [] separato
(barrare la casella che interessa)

CHIEDE

- **per sé medesimo**
oppure in qualità di:

- **esercente la potestà**

nei confronti del minore / dell'interdetto / dell'inabilitato

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ e residente in questo comune in via _____
n° _____ C.F. _____

L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della l.r. 30 maggio 1997, n. 20, come modificato dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007 n. 2.

Data _____ Firma _____

A tale scopo allega i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva cumulativa (obbligatoria)
- Eventuale Delega
- Fotocopia documento d'identità e fotocopia tessera sanitaria
- Fotocopia del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutor, Curatore o amm.re di sostegno.
- Altro

Parte riservata alla A.S.L.

A.S.L. n. _____

Unità Operativa _____

Si attesta che il/la _____ è in carico a questa Unità Operativa dal _____ per infermità compresa nell'allegato "A" della L.R. 15/1992, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/1997, in grado di costituire motivo di perdita di capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (Timbro e Firma)

