



REGIONE LIGURIA

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' PER LA DISABILITA'
DGR n. 845/2014
DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' per la DISABILITA'

Il Sig. /a COGNOME NOME (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

residente in:

Via.....

Città CAP Provincia tel.....

Sesso F M

Inserito nella struttura (indicare Nome e Tipologia) Cooperativa Sociale Genova Integrazione a marchio ANFFAS ONLUS diurno residenziale

In caso di rappresentante legale (genitore di minore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere o di genitore di persona adulta (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME NOME

il Sig./ a

codice fiscale

Residente

in:

via.....