



SOSTEGNO MOBILITA' PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' MOTORIA PERMANENTE

DOMANDA ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente a COLLEGNO, in _____
Telefono _____ Cellulare _____
Indirizzo posta elettronica _____@_____

oppure

In qualità di Tutore/Amministratore di sostegno dell'utente suindicato (Tutela n. _____ del _____ :

(da compilare solo nel caso di istanza presentata nell'interesse del soggetto tutelato)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____
Codice Fiscale _____
Residente in _____

CHIEDE

la concessione di un contributo per la mobilità, per la seguente motivazione

(attenzione si può crocettare una sola casella):

(MOTIVO A)

raggiungere luogo deputato ad attività di studio e/o di lavoro, al seguente indirizzo:

(MOTIVO B)

altri motivi di mobilità – tutela della salute

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole
delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 per falsità in atti e
dichiarazioni mendaci, dichiara:

