**Oggetto:** **Richiesta di intervento ai sensi dell’art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall’art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**chiede**

□ per se medesimo

*oppure*, in qualità di:

□ esercente la potestà nei confronti del minore o dell’interdetto o dell’inabilitato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma

--------------------------------------------

A tale scopo allega i seguenti documenti :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parte riservata alla ASL.

ASL 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. 15/92, come integrato dall’art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell’autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)

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