

**Allegato 1**

**AL COMUNE DI FORMIA  
SETTORE II  
RISORSE UMANE SERVIZI SOCIALI E CULTURA  
SERVIZIO SERVIZI SOCIALI  
Via Vitruvio n.190  
cap. 04023  
PEC: [protocollo@pec.cittadiformia.it](mailto:protocollo@pec.cittadiformia.it)**

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DI BENEFICI ECONOMICI, FINALIZZATI AL RIMBORSO DELLA RETTA MENSILE, ALLE FAMIGLIE CON PERSONE DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO NELL'ANNO 2024 UN CENTRO DIURNO.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ stato  
civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Documento di identificazione: (indicare gli estremi) \_\_\_\_\_  
Rilasciato da (Ente di emissione) \_\_\_\_\_ Il (data di emissione)  
\_\_\_\_\_

**AVENDO PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AL RIMBORSO DELLA RETTA MENSILE, ALLE FAMIGLIE CON PERSONE DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO NELL'ANNO 2024 UN CENTRO DIURNO PER DISABILI.**

nella sua qualità di (barrare l'opzione corrispondente):

- Padre
- Madre
- Affidatario
- Tutore
- Genitore unico

**CHIEDE**

l'assegnazione di un contributo per la frequenza al Centro Diurno Disabili (denominazione) \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ della persona diversamente abile (compilare in funzione del numero di soggetti per i quali si presenta la domanda)

1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

