

**Al Distretto Socio Sanitario  
di S C I A C C A  
Tramite l'Ufficio del Servizio Sociale del Comune di**

---

**OGGETTO: Comunicazione condizione di disabilità grave ai sensi della L. 104/90 art. 3 comma3**

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n.\_\_\_\_,C.F.\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**C o m u n i c a**

di essere in condizione di disabilità grave, certificata ai sensi della L. 104 art. 3 comma3

che tra i componenti del proprio nucleo familiare è presente il/la Sig./Sig.ra

---

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in condizione di disabilità grave, certificata  
ai sensi della L. 104 art. 3 comma3.

**Allega alla presente i seguenti documenti:**

1. Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
2. Attestazione ISEE e ISEE socio sanitario in corso di validità, rilasciata da soggetto abilitato secondo normativa vigente;
3. Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**F I R M A**

---