

**OGGETTO: Richiesta di intervento (ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 20/1997, modificata dall'art. 33 L.R. n. 2/2007)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**per se medesimo;**

oppure, in qualità di: (barrare ove interessa)

**esercente la potestà** nei confronti del:

minore

interdetto

inabilitato

assistito da Amministratore di sostegno

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della LR 20/1997, come modificata dall'art. 33 LR 2/2007.**

Cagliari, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_ (1)

(firma per esteso e leggibile)

**A tale scopo allega:** (barrare ove interessa)

- Fotocopia di un documento di identità (2) in corso di validità (obbligatoria)
- Fotocopia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno.
- Certificazione DSU - ISEE

(1) I sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la domanda in carta libera è sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente oppure tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

(2) Sono equipollenti alla carta di identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purchè munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'Amministrazione dello Stato.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

<b>Parte riservata all'ATS</b>	
<b>ASSL Cagliari</b>	
Unità Operativa _____	
Si attesta che _____ è in carico a questa Unità	
Operativa dal ____ / ____ / ____ per infermità compresa nell'Allegato A, 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 lavorativa.	
Unità Operativa (timbro e firma)	