

**PROGETTI DI UTILIZZO DEL FONDO PER IL DOPO DI NOI
 MISURE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO
 FAMILIARE**

**SCELTA ENTE EROGATORE
 PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

La/Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di

- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- GENITORE o in sua assenza FRATELLO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____

DATI PERSONA AFFETTA DA GRAVE DISABILITA'

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

SCEGLIE

Il seguente ente per la realizzazione del progetto individualizzato:

AUTORIZZA

L'asc Solidalia ad erogare il beneficio economico direttamente all'ente individuato per la realizzazione del progetto.

Romano di Lombardia _____

Firma _____