

AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI

Oggetto: "Sostegno Economico ai soggetti affetti da sindrome di Down — Piano di Zona 2018/2019".

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

in via _____ tel/cell. _____

In qualità di familiare del soggetto affetto da sindrome di Down,

Sig. _____

nato a _____ il _____

CHIEDE

che il proprio familiare possa accedere al sostegno economico attraverso lo strumento della borsa lavoro.

Allega alla presente:

- certificazione della condizione di handicap. **Legge 104/92.**

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

- Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE
