

**Comune di Loiri Porto San Paolo**

**PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO**

**Via Dante A. n. 28 - 07020 Loiri Porto San Paolo (SS)**

***Area Socio - Culturale***

**Servizio Sociale - Politiche Giovanili - Pubblica Istruzione - Cultura - Sport - Spettacolo - Turismo**

**SERVIZIO SOCIALE**

Alla c.a. della Responsabile

Area Socio Culturale

Comune di Loiri Porto San Paolo

OGGETTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **L.R. 20/97**

*(ACRONIMO NOME E COGNOME)*

Il/la sottoscritt\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo**  **(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**in qualità di**

* destinatario della provvidenza/prestazione
* figlio/figlia
* incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
* titolare della responsabilità genitoriale
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

**del BENEFICIARIO della prestazione in oggetto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo in via** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Medico di medicina Generale** |  |
| **Identificato a mezzo**  **(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**DICHIARA**

**di trasmettere in allegato**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Loiri Porto San Paolo lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)