





Inoltre allega alla presente

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> copia del permesso di soggiorno del richiedente                    | <input type="checkbox"/> del minore |
| <input type="checkbox"/> richiesta per il rinnovo del permesso di soggiorno del richiedente | <input type="checkbox"/> del minore |
| <input type="checkbox"/> documento di soggiorno per lungosoggiornanti CE del richiedente    | <input type="checkbox"/> del minore |

in via collaborativa,

- copia del certificato rilasciato dalla competente autorità sanitaria attestante la condizione di minorato dell'udito e della parola (audioleso) del minore oggetto della presente istanza

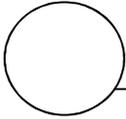
Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

La domanda può essere firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure trasmessa – debitamente firmata – **con allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

**In caso di delega alla riscossione all'insegnante specializzato, la presente domanda potrà essere sottoscritta solo alla presenza del funzionario incaricato del Comune, mediante presentazione di un documento d'identità in corso di validità.**

\*\*\*\*\*

<i>Spazio riservato all'ufficio ricevente</i>	
Firma apposta in mia presenza dal__ Sig._ _____ identificat_ mediante _____ rilasciat_ da _____ il _____	
Data, _____	 IL FUNZIONARIO INCARICATO <i>(timbro, qualifica, nome e cognome)</i>

**Progetto Assistente Sociale referente :** \_\_\_\_\_ Allegato alla richiesta di  
accesso ai contributi per audiolesi del minore \_\_\_\_\_  
per l'anno \_\_\_\_\_

**Descrizione della situazione socio-sanitaria relativa a \_\_\_\_\_,**  
**richiedente un contributo economico a favore di audiolesi:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Proposta dell'assistente sociale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

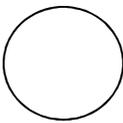
---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_



**Firma dell'assistente sociale referente**

\_\_\_\_\_  
*(timbro, qualifica, nome e cognome)*