

SCHEDA "C" - FABBISOGNO COMPLESSIVO ANNO 2019

(DOMANDE PERVENUTE ENTRO IL **01/03/2019**, COMPRESSE QUELLE DEGLI ANNI PRECEDENTI TOTALMENTE O PARZIALMENTE INSODDISFATTE)

COMUNE DI _____

RICHIEDENTE PORTATORE DI HANDICAP	INDIRIZZO DELL'IMMOBILE DI RESIDENZA OVE E' PREVISTO L'INTERVENTO	DATA DI PRESENTAZIONE DOMANDA	TIPO DI INTERVENTO (usare codici scheda B2)	COSTO INTERVENTO	CONTRIBUTO CONCEDIBILE (per gli interventi parzialmente soddisfatti, indicare il contributo a saldo)	INVALIDITA' 100% CON DIFFICOLTA' DEAMBULATORIE RICONOSCIUTA DALLA ASL COMPETENTE (SI/NO)

Ammontare dei fondi relativi all'annualità 2018 liquidati con DDPF n.149/2018 (nonché eventuali fondi liquidati negli anni precedenti) a codesto Comune e non ancora erogati ai richiedenti aventi diritto: € _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

