

AL PRESIDENTE
COMUNITA' MONTANA
Dei Monti Azzurri
SAN GINESIO

Il/La sottoscritt. _____
nat_ a _____ il _____ e residente a _____
TEL. _____
in qualità di: ☐ genitore, ☐ fratello/sorella, ☐ tutore, convivente con la persona disabile Sig. _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ codice fiscale n. _____

CHIEDE di ammettere a frequentare il Centro Diurno di Gabella Nuova la suindicata persona e
SI IMPEGNA a versare alla Comunità Montana, il contributo mensile previsto per la frequenza al
Centro Diurno, sulla base della dichiarazione sostitutiva della situazione economica del nucleo
familiare di appartenenza del disabile e delle fasce di contribuzione determinate dalla stessa
Comunità Montana.

Si dichiara inoltre **CONSAPEVOLE** che il mancato versamento delle quote dovute
comporta la sospensione della frequenza al Centro del soggetto disabile interessato ed il recupero
coattivo delle somme dovute in base al presente impegno, con aggravio di eventuali spese.

_____ il _____

firma
