

RICHIESTA ACCESSO FNA 2019

ai sensi della DGR XI/4181/2020

SOLO per le persone senza il requisito della residenza biennale

- gestione del FNA 2019 esercizio 2020 -

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo)
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____
residente a _____ prov. (____)

in qualità di

- diretto interessato
- genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
- in via esclusiva
 - in modo congiunto
- altro _____ (specificare)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al FNA 2019 in quanto, nell'ambito della gestione del FNA 2019 esercizio 2020, il/la sig./sig.ra _____ (nominativo persona con gravissima disabilità) non aveva maturato il requisito della residenza biennale originariamente previsto dalle delibere regionali di riferimento

e pertanto

DICHIARA

la residenza in Regione Lombardia dal ____/____/____ al ____/____/____

_____ data

_____ firma del dichiarante*

* allegare copia documento identità se non già presentato alla ASST