SCHEDA "C" - FABBISOGNO COMPLESSIVO ANNO 2020

(DOMANDE PERVENUTE ENTRO IL **01/03/2020,** COMPRESE 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 e 2019 liquidati a codesto Comune con DDPF n.149/EDI/2018 e DDPF n. 28/UPT/2019 e non ancora erogati ai richiedenti aventi diritto: € _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO