

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 48

Comune di Floridia

Al Signor Sindaco
Comune di Floridia

Il /la sottoscritt _____ nato/a _____ il _____
e residente in Via/Piazza _____ n.° _____
Comune di _____ cap. _____ Prov. _____ Tel. _____

Richiesta per erogazione Sostegno Economico a nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica ai sensi del D.A. del 07/08/2017 N. 2201 - riapertura termini.
(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 28/12/2000,n°445).

DICHIARA

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente il/la sig./ra:

(cognome e nome) _____

Affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica, cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria, con impegno ed oneri a totale carico della famiglia.

CHIEDE

L'erogazione dell'assegno economico mensili a favore del sottoscritto, quale caregiver familiare (vincolo di parentela rispetto al disabile _____),

Composizione nucleo familiare

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Conviv. Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Allega alla presente istanza:

Certificazione attestante la diagnosi, rilasciata dal medico curante del familiare assistito.

Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato di malattia.

Coordinate Bancarie (denominazione Agenzia e IBAN).

Stato di famiglia o Autocertificazione - ai sensi della legge n. 183 del 12/11/2011 (legge di stabilità).

Numero telefonico di riferimento: _____

Dichiarazione resa ai sensi della L. 675/96 e L. 445/00

Data _____

Firma del dichiarante _____