



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in via / piazza _____ n. _____ Comune di _____
Cap _____ Prov. _____ Telefono _____

In qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare) _____

del / la Sg. / Sig.ra cognome e nome _____
nato a _____ e residente in _____
via / piazza _____ n. _____ Comune di _____
Cap _____ Prov _____ telefono _____

che risulta affetto da SLA

CHIEDE

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dai D.A.899 del 2012 D.A. n.384 del 24/02/2015, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445, che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di _____ vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- Stato di famiglia.

Il / la sottoscritto / a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data

Firma
