

AL COMUNE DI ALCAMO
DIREZIONE 3
SERVIZI AL CITTADINO

ALL' ASP DI TRAPANI
DISTRETTO SANITARIO N.55
VIALE EUROPA, 41
ALCAMO

OGGETTO:Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della legge regionale n.4/2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.,

nella qualità di **familiare/tutore:**

del/della Sig/ra _____ nato/ a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

bisognoso di assistenza h.24;

CHIEDE

di ammettere **il/la Sig/ra** _____ ai benefici per i disabili gravissimi di cui alla legge regionale n.4 del 01 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato l'11 maggio 2017.

A tal fine allega copia del documento di riconoscimento e documentazione sanitaria attestante le condizioni di disabilità gravissima.

Data _____

FIRMA
