



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 dal D.A.2201 del 07 Agosto 2017 , volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver, che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 Marzo 2017 e s.m.i. .

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.

Data

Firma

\_\_\_\_\_