

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.17

COMUNI DI: CALATABIANO - CASTIGLIONE DI SICILIA – FIUMEFREDDO – LINGUAGLOSSA –
MASCALI - MILO- PIEDIMONTE ETNEO – RIPOSTO - SANT’ALFIO

ENTE CAPOFILA COMUNE DI GIARRE

OGGETTO : Istanza per interventi in favore di persone in condizione **di
disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale
amiotrofica**, ai sensi del D.P.N.545/GAB del 10 maggio 2017.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell’art.47 del D.P.R.n.445 del 28/12/2000

**All’ASP n.3
Viale Don Minzoni n.3**

GIARRE

Al Sig. Sindaco

COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
(.....) il .../.../..... residente a (.....) Via..... n..... telefono
...../.....

Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

In qualità di :

- Familiare.....
- Legale rappresentante della persona disabile

del/la Sig./ra
nato/a a il .../.../..... residente in alla Via
.....n.

Recapiti telefonici

Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

CHIEDE

Il contributo monetario diretto da **utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare** così come previsto dal D.P.N.545/GAB del 10 maggio 2017 in favore di persone in condizioni **di disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica**

A tal fine

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario residente ain Via.....
è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

ALLEGA alla presente:

1. 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;
2. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario.

AUTORIZZA

il Comune di al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento dell'intervento, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

.....

Firma