

Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

**Oggetto : Assegno di cura e sostegno per persone affette da SLA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (Obbligatorio) cell \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

Genitore

Altro familiare (specificare) \_\_\_\_\_

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

**chiede**

la concessione dell'assegno di sostegno, volto al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone affette da SLA e il riconoscimento del lavoro di cura del familiare - caregiver.

Al fine del riconoscimento del contributo economico per l'annualità 2014

**Dichiara**

che al familiare affetto da SLA, residente nel Distretto G/3 e precisamente 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:

- 1) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 2) Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti .

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, 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 in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

