

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 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, previsto, volto al miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta alle persone affette da SLA e il 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

Che al familiare affetto da SLA, residente nel Distretto G/3 e precisamente nel Comune di Tivoli 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 rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;

3) 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