

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N° 7

PROVINCIA DI AGRIGENTO



Santa Margherita B



Menfi



Sambuca di Sicilia



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A. S.P. Agrigento

Capofila

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: Richiesta sostegno economico a favore dei care givers delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ai sensi delle D.A. n. 2201/S5 del 7-08-2017, Assessorato Regione Siciliana della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

Scadenza: 20/09/2017

...I... sottoscritto/a.....

(cognome e nome del familiare convivente che presenta la domanda)

nato ail

codice fiscale

residente nel comune diCAP.....

indirizzo

telefono..... cellulare.....

in qualità di familiare caregiver convivente del proprio/a.....affetto/a da SLA.

(indicare relazione di parentela)

qui di seguito indicato/a:

Cognome e Nome del paziente.....

Luogo di nascita..... **Data di nascita**

Codice Fiscale.....

CHIEDE

L'assegnazione del sostegno economico per garantire la continuità dell'assistenza al familiare in situazione di non autosufficienza.

A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28/dicembre 2000

DICHIARA

- che la famiglia convivente si compone di:

Cognome	Nome	Data di nascita	Cod. Fiscale	Relazione parentela
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

- **Di non percepire l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 01-03-2017 e, s.m.i.**

Allega:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante attestante la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifica lo stadio della malattia;
3. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000

Per la liquidazione del contributo, laddove riconosciuto, si invita ad accreditare il relativo importo mediante Bonifico sul conto corrente intestato al richiedente:

IBAN : _____

Banca : _____ Agenzia di _____

_____, li _____

_____ *firma del richiedente*

Dichiarazione di consenso dell'utente al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di cui al D.A. Regione Siciliana n.899/S5, dell'11/05/2012, per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Data..... Firma richiedente