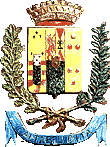
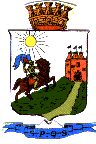
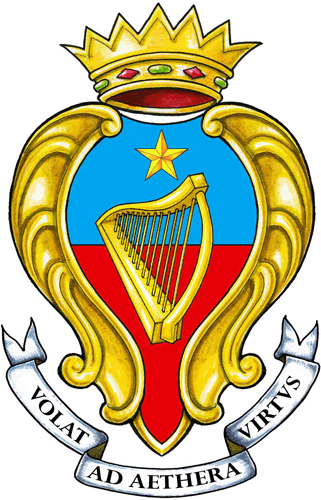
**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N° 7**

PROVINCIA DI AGRIGENTO

SantaMargherita B Menfi Sambuca di Sicilia **Sciacca**  Caltabellotta Montevago A. S.P. Agrigento



**Capofila**

***Al Signor Sindaco del***

***Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Oggetto: **Richiesta Progetti Assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima 2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_,

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

L’elaborazione di un Progetto Assistenziale Individualizzato per il proprio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(specificare il vincolo di parentela)*

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

disabile gravissimo che necessita nelle 24 ore di assistenza continuativa a domicilio e monitoraggio di carattere socio-sanitario.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti da falsità e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000,

**D I C H I A R A**

- Di impegnarsi a garantire la continuità dell’assistenza all’interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dal Servizio Sociale Comunale e dal Servizio Sanitario ( U.V.G. / U.V.D.) nel rispetto dei principi sanciti dalla Legge 104/92, art. 3 e delle disposizioni stabilite nelle Linee Guida per l’attuazione dei Progetti Assistenziali afferenti al F.N.A. 2015;

- Comunica che il Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del servizio di medicina generale dell’Azienda Sanitaria Provinciale N.1 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza;

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e nome** | **Rapporto familiare** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Convivente** | |
| **Si** | **No** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

**Allega alla presente istanza**:

* Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la condizione di gravissima

disabilità,

* Eventuale Certificazione rilasciata dai Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi,
* Certificazione attestante la disabilità ai sensi della L n. 104/92 art. 3 comma 3

*oppure*

* Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l’invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

*oppure*

* Scheda SVAMA D nei casi di non autosufficienza recente
* Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Sciacca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente