

# Distretto socio sanitario AG 7

## Comuni di



Sciacca



Caltabellotta



Menfi



Montevago



Sambuca di S.



S. Margherita di Belice

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. 899/S5 dell'11/05/2012 Assessorato Regione Siciliana della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.**

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

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

nato a .....il .....

codice fiscale .....

residente nel comune di .....CAP.....

indirizzo .....

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

in qualità di familiare careviger 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 di € 400,000 mensili 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.				

### Allega:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante attestante la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifichi 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 .....