

Al SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____

All'ASP 3 - CT
Distretto di Bronte

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

e residente in Via _____ n. _____ tel _____

Oppure

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

e residente in Via _____ n. _____ nella qualità di

tutore del Sig. _____ nat _____ a _____

il _____ e residente in Via _____ Tel _____

C H I E D E

La concessione dei benefici assistenziali e la conseguente concessione del contributo di cui alla L.R. n. 4 del 01.03.2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10.05.2017, che ha previsto interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H 24.

A tal fine dichiara di essere disabile in condizione gravissime per cui necessita di assistenza continua.

Allega:

- Copia conforme del certificato rilasciato dalla Commissione Sanitaria Invalidi Civili;
- Copia conforme del certificato attestante la situazione di Handicap rilasciato dalla Commissione Sanitaria Invalidi Civili Integrata;
- Certificato di famiglia della persona con disabilità;
- Documento di riconoscimento del disabile e/o del genitore richiedente.

Il, _____

Firma
