



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

Ambito territoriale: Casteltermini, San Giovanni Gemini, Cammarata

RICHIESTA - PROGETTI ASSISTENZIALI RIVOLTI A PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
-D.A. n.1503 del 17.10.2013 - (F.N.A. 2013)

Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Il _____ e residente in Via/Piazza _____ n. _____ comune di _____
_____ prov. _____ cap _____ telefono _____

CHIEDE

In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il Sig. _____

nato/a a _____ il _____ e residente in Via/Piazza _____

del comune di _____ prov. _____, telefono _____

in condizioni di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico progetto che verrà presentato al competente Assessorato regionale, come previsto dal D.A. n.1503 del 17.10.2013.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la condizione di gravissima disabilità,
- Documentazione sanitaria specialistica pubblica, attestante la diagnosi e le condizioni cliniche del soggetto interessato,
eventuale
- Certificazione attestante la disabilità ai sensi della L n. 104/92 art. 3 comma 3,
eventuale
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento,
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente,
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile,
- Copia dell'Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del disabile, in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF , INPS, ecc..).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso integralmente visione dell'AVVISO PUBBLICO e del citato Decreto n.1503 del 17.10.2013 dell'Assessorato regionale della Famiglia.

Data _____

Firma
