

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D32

Richiesta attivazione interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

AL SINDACO

COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

Di poter usufruire dell'attivazione di assistenza personalizzata per soggetti con grave patologie croniche-degenerative non reversibili quali sclerosi bilaterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche che necessitano assistenza continua:

Se stesso;

Il proprio familiare _____ nato/a a _____
residente in _____ via _____ n. _____

DICHIARA

Di essere affetto da grave patologia come da certificato rilasciato dalla seguente struttura pubblica

Allega alla presente:

1. Verbale della Commissione Invalidi Civili;
2. Certificato rilasciato da struttura pubblica.

Data _____

IL RICHIEDENTE
