



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D5

Comune Capofila Licata

Comune partner Palma di Montechiaro

Azienda Sanitaria Provinciale – AG

PEC: *protocollo@cert.comune.licata.ag.it*

E mail: *distrettod5@comune.licata.ag.it*

Ufficio: Via Marianello s.n.c Licata Tel. 0922868111- 0922775817

Oggetto: Consenso per la presentazione dell'istanza per l'accesso al beneficio economico a favore del caregiver familiare di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima

Il/La Sottoscritt _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat_____ a _____ il _____ di
essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di soggetto con disabilità grave/gravissima autorizza il

Il/la Sig.ra _____ nat_____

a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

a presentare l'istanza per l'accesso al beneficio economico a favore del caregiver familiare di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima presso il Distretto Socio - Sanitario D5.

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE
