



Città di Licata

Comune di Palma di Montechiaro

**DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D5  
Comune Capofila Licata**

**Al Dirigente dei Servizi Sociali del**

**Comune di \_\_\_\_\_**

**Istanza per il sostegno economico al familiare di soggetto affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) - D.A. 2201/S5/2017;**

Il / la sottoscritto /a ....., nato /a  
a ..... il ..... e residente in  
..... via/piazza..... n. .... c.a.p. ....-  
Agrigento, telefono..... codice fiscale: .....

**DICHIARA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 47 Del D.P.R. 28.12.2000 N. 445

-Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela (indicare quale) \_\_\_\_\_ il soggetto affetto da SLA

Nome ..... Cognome.....  
nato/a..... il ....., residente in via .....,  
telefono....., codice fiscale:.....;

-Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno;

-Di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

-Di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato;

-Di non usufruire dei benefici di cui alla L.R. n.4 dell'1 marzo 2017 e ss.mm.ii;

## CHIEDE

la concessione dell'assegno di sostegno ai sensi del D.A.2201/2017, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare- *caregiver* in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopraindicata.

Composizione del Nucleo Familiare comprensivo del familiare da assistere

NUMERO COMPONENTI	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	NATO	
			A	IL
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Allega alla presente istanza :

- 1)certificazione del medico curante attestante la diagnosi;
- 2)certificazione dei centri di riferimento regionali (Palermo, Messina, Catania Mistretta) certificante la diagnosi e lo stadio della malattia;
- 3)copia di un valido documento d'identità del presentatore dell'istanza .

Data .....

Firma .....

---

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento d'identità.