

Richiesta sostegno economico finalizzato al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) D.A. n. 384/2015

Al Sig. Sindaco del Comune di
ACI CASTELLO

Il/la sottoscritto/a													
nato a							il						
residente a							Via						
Codice Fiscale													
Tel.				Cell.				E-mail					

In qualità di familiare-caregiver del/la Sig/ra:

Cognome e Nome													
nato a							il						
residente a							Via						
Codice Fiscale													

C H I E D E

di essere ammesso al sostegno economico previsto dal D.A. n. 384 del 24/02/2015

A tal fine dichiaro:

- che il familiare assistito, affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica, necessita di aiuto e supporto quotidiano
- di assicurare la continuità dell'assistenza del congiunto
- grado di parentela: _____

Ai sensi del D.A. n. 384 del 24/02/2015, allega alla domanda:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia
- Stato di Famiglia

Si allega documento di riconoscimento del richiedente

Data _____

FIRMA
