

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

- **Si dichiara che la composizione del nucleo familiare è la seguente:**

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Luogo di nascita	Data di nascita	Convivenza	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione attestante la condizione di disabilità grave rilasciata ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n.104/92.
Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto:
Per gli anziani, un certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Sanità del 7 marzo 2005.
Per i disabili, un certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/92.
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014, in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – ETC.).
- Fotocopia codice fiscale del richiedente.
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
