ISTANZA PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER I SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

COMUNE DI CALTANISSETTA

DIREZIONE POLITICHE SOCIALI E SOCIO SANITARIE

Il/La sottoscritto/a……....nato/a…….....
(……) il …./…./……. residente a …… (……) in via ……..…... n……. Codice Fiscale …/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/ telefono ……/……..
in qualità di familiare-caregiver del
Sig./ra ……
nato/a a …….. il ……/……/…… residente in ……. alla Via ……n. ……
Codice Fiscale …/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/

CHIEDE di essere ammesso all'apposito finanziamento regionale che prevede un sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro del familiare-caregiver dei pazienti affetti da SLA

Allega :

☐ Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;

☐ Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;

☐ Stato di famiglia ;

☐ Certificazione rilasciata dall'Ufficio Coordinamento Disabili dell'ASP attestante che il disabile non ususfruisce dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017.

☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;

☐ Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente;

AUTORIZZA

il Comune di Caltanissetta al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)
……

(Firma leggibile)
…….……