

Al sig. Sindaco

Comune di _____

Oggetto: Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del D.A. n. 384 del 24/02/2015.

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ il _____

a _____ residente in via _____ comune

di _____ tel. _____

in qualità di :

genitore

altro componente (specificare) _____

del sig.(cognome e nome) _____ nato a _____

il _____ e residente in _____ via _____

che risulta affetto da SLA

chiede

la concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal decreto assessoriale DA 899/12 nonché del D.A. 384 del 24/02/2015 volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

che al familiare affetto da SLA residente in Sicilia, nel Comune di _____ vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia nell'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei centri di riferimento regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia
3. Stato di famiglia
4. Copia documento di identità

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma
