



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

**Ambito territoriale: Cammarata – Casteltermini (capofila) - San Giovanni Gemini**

**RICHIESTA - PROGETTI ASSISTENZIALI RIVOLTI A PERSONE IN CONDIZIONE DI *DISABILITA' GRAVISSIMA* – ANNO 2016 - D.A. n. 3779 del 29/12/2015 - (F.N.A. 2015)**

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il Sig. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ del  
comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

in condizioni di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico progetto che verrà presentato al competente Assessorato regionale.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la condizione di gravissima disabilità,
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o, in alternativa, certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3°, della Legge n. 104 del 28 febbraio 1992 o certificato di non autosufficienza (SVAMA) nei casi di non autosufficienza recente;
- Fotocopia del documento di riconoscimento e CF del richiedente,
- Fotocopia del documento di riconoscimento e CF del disabile,
- Copia dell'Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del disabile, in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF, INPS, ecc..).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso integralmente visione dell'AVVISO PUBBLICO e del citato Decreto n. 3779 del 29/12/2015 dell'Assessorato regionale della Famiglia.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_