



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

**Ambito territoriale: Casteltermini, San Giovanni Gemini, Cammarata**

**RICHIESTA - PROGETTI ASSISTENZIALI RIVOLTI A PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**  
-D.A. n.92 del 23.01.2015 - (F.N.A. 2014)

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, come previsto dal D.A. n.1503 del 17.10.2013.

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.92 del 23.01.2015 dell'Assessorato regionale della Famiglia.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_