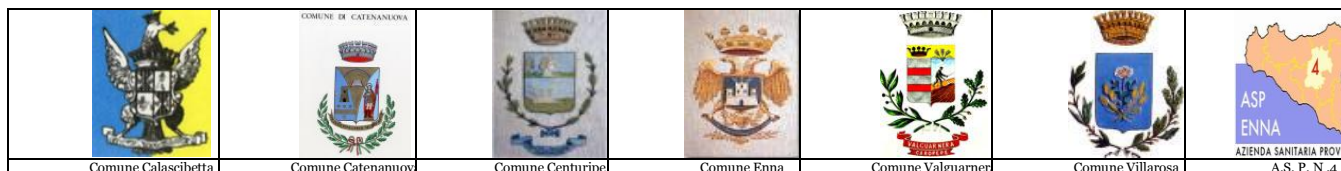


# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22



## Modello Istanza per “Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”

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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ del/lla

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile)

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- 3) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- 4) Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente.

Il sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare usufruisce/non usufruisce di altra assistenza domiciliare (indicare \_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_