

**Oggetto:** Istanza per "Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima" F.N.A. 2015.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di contributo economico per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso gli enti accreditati al Registro Unico Distrettuale del Distretto Socio-Sanitario D/8 di Caltanissetta o per la fornitura diretta dell'assistenza da parte di familiari, vicinato o assistenti familiari

- Assistenza domiciliare
- Assistenza domiciliare autogestita

per se stesso/a

o nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela)




del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza:

-  Certificazione medica che attesti la condizione di disabilità gravissima e la diagnosi ( \_\_\_\_\_ );
-  Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
-  Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

### DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario Sig/ra \_\_\_\_\_

è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Resuttano lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_