



COMUNE DI LERCARA FRIDDI



AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 38

Prot.

li

Al Sig. SINDACO

del COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Al Direttore Sanitario del  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
DI LERCARA FRIDDI ASP 6  
VIA FRANCESCO CALI' n° 1**

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI  
DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI UN' ASSISTENZA H24**

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO IL 11 MAGGIO 2017).

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(C.F. \_\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ nella qualità di:

SE STESSO

RAPPRESENTANTE LEGALE ( \_\_\_\_\_ );

CHIEDE

%

**L'accesso al beneficio, previa valutazione da parte dell'Unita Multidimensionale dell' ASP di competenza territoriale, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016**

**Del disabile gravissimo:**

Cognome:	Nome:
Luogo di nascita:	Data di nascita:
Luogo di residenza	Recapito telefonico

Allega alla presente richiesta:

- Verbale Di Visita della Commissione medica ( senza omissis );
- Certificazione sanitaria specialistica recente attestante lo status di disabilità gravissima
- Fotocopia del documento di riconoscimento;
  
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo;
  
- Altro

..... **FIRMA** .....

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di Lercara Friddi per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003

Comune di ..... li .....

**DICHIARANTE**