

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D32**

**Richiesta attivazione interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima**

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

**AL SINDACO**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

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

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter usufruire dell'attivazione di assistenza personalizzata per soggetti con grave patologie croniche-degenerative non reversibili quali sclerosi bilaterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche che necessitano assistenza continua:

Se stesso;

Il proprio familiare \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere affetto da grave patologia come da certificato rilasciato dalla seguente struttura pubblica

\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. Verbale della Commissione Invalidi Civili;
2. Certificato rilasciato da struttura pubblica.

Data \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_