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

....l... sottoscritt..... nat ... a il

residente invia n°.....

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 nat... ai.....

residente invia 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

.....