

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

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

Il sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ via _____

C.F. _____ Tel. _____

nella qualità di _____ (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) Copia certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile o certificazione medica 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.

Data _____

FIRMA _____