

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Naso

All' ASP N. 5
Distretto Sanitario di Sant' Agata di Militello

OGGETTO: Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della Legge Regionale n.4/2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/C.da _____ n. _____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/00 e smi,

nella qualità di:

Beneficiario;

Familiare/Tutore (specificare il rapporto di parentela con il disabile) : _____
del/della Sig./ra _____ nata a _____ il _____ residente
a _____ in via/C.da _____ n. ____ bisognoso di assistenza h.24;

CHIEDE

Di essere ammesso/di ammettere il/la Sig/ra _____ ai benefici per i disabili gravissimi di cui alla legge regionale n.4 del 01 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato l'11 maggio 2017.

A tal fine allega copia del documento di riconoscimento e documentazione sanitaria attestante le condizioni di disabilità gravissima.

Naso, _____

FIRMA
