

ALL' UFFICIO SERVIZI SOCIALI COMUNE DI
CASTELLANA SICULA
P.ZZA MISERENDINO
90020 CASTELLANA SICULA

AL DISTRETTO SANITARIO N° 35
C/O OSPEDALE MADONNA SS. DELL'ALTO
90027 PETRALIA SOTTANA

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

(Di cui alla legge regionale 1 marzo 2017, n.4 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017,
pubblicato l'11 maggio 2017-05-23)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____ N. _____ Tel. /Cell. _____

- SE STESSO
 RAPPRESENTANTE LEGALE (_____)

CHIEDE

L'accesso al beneficio, previa valutazione da parte dell'Unità 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)
 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.vo 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione, etc. da parte dell'Ufficio Servizi sociali del comune di Castellana Sicula appartenente al Distretto Socio-Sanitario n.35 per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs.vo 196/2003.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____