

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver al paziente affetto da SLA. Ai sensi dell'allegato D.A. n. 2201 del 07 agosto 2017**

**Ufficio di Servizio Sociale  
Comune di \_\_\_\_\_**

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

c.f. \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune

di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:

Genitore

Altro familiare (specificare) \_\_\_\_\_

Del Signor/ Sig.ra Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA

**CHIEDE**

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. n. 2201 del 07 agosto 2017, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver.

**DICHIARA**

Che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di \_\_\_\_\_ vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi.
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia.
3. Stato di famiglia.

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente nel proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade

dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_