

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

**Al Comune di ERICE  
Ufficio Servizi Sociali**

\_I\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ *(specificare il rapporto di parentela)* del/lla

sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesta la diagnosi;
- Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_I\_ sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

ERICE lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_