

**MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE**

**AL DIRETTORE AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in possesso:

1. della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
2. del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

il contributo regionale previsto per il sostegno alle famiglie di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l' anno \_\_\_\_\_.

**Allega\*:**

- copia diagnosi di SLA; .
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità.

*\*tale documentazione non va allegata da parte di coloro che già beneficiano del contributo SLA.*

-----

**(PARTE DA COMPILARE SOLO DAGLI UTENTI GIA' BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO SLA)**

**Il sottoscritto dichiara, altresì, che:**

- essendo una prosecuzione del beneficio, la documentazione richiesta è già stata presentata in data \_\_\_\_\_;
- l'assistenza è tuttora svolta presso il proprio domicilio e che lo stesso non è ricoverato in struttura residenziale o semiresidenziale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_