

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

AL DIRETTORE AREA VASTA N. _____

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
residente a _____ Via _____ n. _____
in qualità di: () genitore; () familiare; () esercente la potestà o tutela o amministrazione di
sostegno

CHIEDE

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

in nome di:

nome _____ e cognome _____
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 _____.

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 _____