

**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 GIÀ 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 \_\_\_\_\_