

CHIEDE

Il contributo monetario diretto da **utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare** così come previsto dal D.P. n. 545/GAB del 10 maggio 2017 in favore di persone in condizioni **di disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.**

A tal fine

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario, residente a Riposto in via _____ n. _____, è così composto:

| NOME | COGNOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | RELAZIONE DI PARENTELA |
|------|---------|-------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ALLEGA alla presente:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi/certificazione dei Centri di riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
2. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

AUTORIZZA

il Comune di Riposto al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento dell'intervento, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

Riposto, _____

Firma
