



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5

Tra i comuni di:

**CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE,
GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN
CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.**

**AL COMUNE DI SAN VITO ROMANO
CAPOFILA DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM G5
VIA BORGO MARIO THEODOLI, 34
00030 SAN VITO ROMANO**

**Interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica “SLA” ai sensi della
DGR 233/2012 e Determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. B08766 del 12.11.2012**

Richiedente:

NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA..... SESSO M ; F

NAZIONALITA'

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE

COD. FICSALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

In qualità di:

- 1) coniuge ; 2) genitore ; 3) figlio/a ; 4) fratello/sorella ;
- 5) altro patente (specificare.....);
- 6) altra persona (specificare.....).

Richiede in favore di:

NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA..... SESSO M |__|; F |__|

NAZIONALITA'.....

RESIDENZA: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

DOMICILIO: ind..... num..... Prov.....

località (Comune).....cap.....

TEL..... CELL..... STATO CIVILE

COD. FICSALE |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

CHIEDE

- assistenza indiretta**
- sostegno economico al familiare/care giver**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. N. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso contenute e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

ALLEGA

- certificazione rilasciata dai Presidi/Centri di riferimento regionale Policlino A.Gemelli e Azienda Ospedaliera S.Filippo Neri di Roma che documenti la diagnosi della malattia;
- documentazione sanitaria attestante la stadiazione della malattia;
- autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti resa ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000;
- dichiarazione sottoscritta dal beneficiario di individuazione del familiare care giver. In caso di impossibilità di firma da parte del beneficiario, copia della certificazione attestante il familiare individuato quale tutore o curatore o con potere di delega.
- documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
- documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente _____

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)**

*Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003, si informa che questi, e i successivi dati, necessari per l'erogazione dell'**assistenza indiretta o sostegno economico al familiare/care giver** saranno utilizzati dal Distretto socio-sanitario RMG5, dal Comune di residenza dell'utente e dalla ASL, saranno trattati esclusivamente per le finalità dell'assistenza indiretta o sostegno economico al familiare/care con il supporto dei mezzi cartacei e informatici secondo gli usi consentiti dalla legge.*

Firma del richiedente (o suo delegato o tutore)
