

Al Sindaco
Comune di CANICATTI'

All'A.S.P. di
Distretto Sanitario di CANICATTI'
Via P. Micca

Oggetto: Accesso ai benefici per **disabili gravissimi**.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____
tel. _____, cell. _____
in qualità di _____ del disabile grave _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

l'accesso ai benefici per disabili gravissimi di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

DICHIARA

- ☐ Che il disabile, che necessita a domicilio di assistenza H 24, è in possesso dei requisiti di cui all'art. 3, comma 2 del D.M. 26/09/2016;
- ☐ Che il disabile è stato valutato ed incluso nell'elenco di cui all'art. 2 lettera a) del D.P. 545/2017;
- ☐ Che il disabile non è stato valutato ed incluso nell'elenco di cui all'art. 2 lettera a) del D.P. 545/2017;
- Di essere a conoscenza ed informato che il beneficio sarà erogato a seguito della sottoscrizione del Patto di cura, redatto secondo lo schema allegato;
- Di essere a conoscenza dell'accertamento da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-sanitarie) delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 comma 2, del D.M. 26/09/2016.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;
- oppure:
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata, relativamente alla patologia di cui all'Avviso e della gravità della stessa;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.
 - Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere consapevole della decadenza dal beneficio per le dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute.

Autorizza il Distretto Socio Sanitario D3 al trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Canicattì _____

Firma