Spett.le COMUNE di
CANICATTI'

Oggetto: Istanza per il sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

__l__ sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il_____ residente in _____,via _____N.___

via_____n.____, C.F._____ ,

cellulare_____ eventuale indirizzo e-mail_____

nella qualità di _____ (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), familiare caregiver della persona affetta da SLA;

Visto l'avviso pubblico del 13/09/2017;

CHIEDE

Di essere ammesso/a all'erogazione del sostegno economico mensile previsto dal D.A. Regione Sicilia n. 2201 dell'07/08/2017.
A tale fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

 di avere preso visione dell'avviso pubblico, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di avere tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
 di essere residente nel Comune di _____, in Via _____
 Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare il disabile grave affetto da SLA :
Sig. _____ nato a _____ il ____/____/_____, e residente a _____in Via _____ n. _____;

 che il proprio nucleo familiare ivi compreso il familiare da assistere risulta così composto:

	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

 nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:
accredito in c/c bancario o postale_____(indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale)
Agenzia: _____intestato a: _____
ABI_____ CAB_____IBAN_____
Allega alla presente:
1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di riferimento regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.
Canicattì, lì_____

Firma del richiedente

_____

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.
Canicattì, lì _____

Firma del richiedente

_____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U, autorizza il trattamento dei dati

Canicattì, lì _____

Firma del richiedente

_____