

**Al Comune di Pantelleria
Distretto Socio Sanitario n°51
di Pantelleria
Piazza Cavour 15
91017 Pantelleria**

OGGETTO: Istanza per “Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____,
C.F. _____ Tel. _____
nella qualità di _____ (specificare il rapporto di parentela)
del/la sig./ra _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesta la diagnosi;
- Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente;

 sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

Pantelleria, lì _____

Firma
