



**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.

**Interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (S.L.A.)**

**DGR n° 233/2012**

**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 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;
- attestazione ISEE in corso di validità.

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 del **sostegno economico** saranno utilizzati dal Distretto socio-sanitario RMG5, dal Comune di residenza dell'utente e dalla ASL, saranno trattati esclusivamente per le finalità del contributo richiesto con il supporto dei mezzi cartacei e informatici secondo gli usi consentiti dalla legge.*

Firma del richiedente ( o suo delegato o tutore)

---