

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver
ai sensi dell'allegato D. A. nr. 899 dell'11 maggio 2012**

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt... _____ nat... a _____

il _____ e residente in Via/Piazza _____ nr _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ tel. _____

In qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare _____)

Del/la Sig./Sig.^{ra} Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____ e residente in _____

Via/Piazza _____ nr. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ tel. _____ che risulta affetto da SLA

CHIEDE

La concessione dell'assegno di sostegno economico previsto dal D. A. nr. 899 dell'11/05/2012, volto al riconoscimento del lavoro di cura del **familiare-caregiver** in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiaro

Che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di _____ vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la diagnosi;
- 2) Certificazione del Centro di Riferimento regionale che documenta la diagnosi e che certifica lo stato della malattia;
- 3) Stato di famiglia;

Il/la sottoscritt... dichiara che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato analoga istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma
