



SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

MODULO DI DOMANDA

(Riferimenti normativi: DGR Lazio n. 304/2019 - DGR 868/2022)

**Al Punto Unico di Accesso Integrato/
Segretariato Sociale Municipale**

B) Da compilare se la domanda è presentata da chi ne cura gli interessi

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (Prov. _____) CAP _____

Domiciliato/a (*solo se diverso dalla residenza*) nel Comune di _____ Prov. _____
(_____) CAP _____

In via/piazza _____ n. _____

Tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

In qualità di:

Caregiver familiare

Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____

Convivente: sì no

Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

Altro (specificare: _____)

Chiede di accedere:

Alle prestazioni assistenziali per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) previste dalla DGR 868/2022

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (_____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (_____)

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Domiciliato/a (*solo se diverso dalla residenza*) nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

tel _____

IBAN _____ intestato _____ al/alla _____ beneficiario/a _____ del
contributo _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

Dichiara:

• che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

• di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Allega alla presente domanda:

- a. Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contribuente;
- b. Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- c. Certificazione attestante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) rilasciata da un medico specialista di struttura pubblica;
- d. Riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L.104/1992.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
