

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N° 7
PROVINCIA DI AGRIGENTO



Menfi Sambuca di Sicilia



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A. S.P. Agrigento



SantaMargherita B

Capofila

Al Signor Sindaco del

Comune di _____

Oggetto: Richiesta Progetti Assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima 2016.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ e residente a _____

in Via / Piazza _____ N. _____,

Tel _____ Cell. _____,

CHIEDE

L'elaborazione di un Progetto Assistenziale Individualizzato per il proprio _____
(specificare il vincolo di parentela)

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

disabile gravissimo che necessita nelle 24 ore di assistenza continuativa a domicilio e monitoraggio di carattere socio-sanitario.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti da falsità e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- Di impegnarsi a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dal Servizio Sociale Comunale e dal Servizio Sanitario (U.V.G. / U.V.D.) nel rispetto dei principi sanciti dalla Legge 104/92, art. 3 e delle disposizioni stabilite nelle Linee Guida per l'attuazione dei Progetti Assistenziali afferenti al F.N.A. 2015;

- Comunica che il Dr. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale N.1 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza;

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la condizione di gravissima disabilità,
- Eventuale Certificazione rilasciata dai Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi,
- Certificazione attestante la disabilità ai sensi della L n. 104/92 art. 3 comma 3

oppure

- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

oppure

- Scheda SVAMA D nei casi di non autosufficienza recente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Sciacca _____

Firma del richiedente