

Scadenza 20 settembre 2017

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI RAGUSA**

_ l _ sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente a Ragusa in Via _____
tel. (personale) _____ tel. (di un familiare) _____

DICHIARA

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive, legato da vincolo familiare, il
disabile grave affetto da S.L.A.

Sig./Sig.ra _____ nat _____ a _____ il _____

Residente a Ragusa in via _____ n° _____

CHIEDE

Di essere ammesso al sostegno economico per i soggetti affetti da S.L.A.

Composizione del nucleo familiare del richiedente ivi compreso il familiare da assistere

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di Parentela	Attività

Allega:

- ⇒ Certificazione rilasciata dal Medico curante attestante la diagnosi
- ⇒ Certificazione dei Centri di riferimento regionali (Palermo, Messina, Catania) o extraregionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.

Ragusa _____

Firma
