

Scadenza 20 settembre 2017

**AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI RAGUSA**

\_ | \_ 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