



# Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A].

AL COMUNE DI : \_\_\_\_\_  
(Comune di residenza)

## DOMANDA DI ACCESSO

### “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)”

(Da trasmettere al proprio Comune di residenza)

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ ( )

Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Medico curante : Dott. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### C h i e d e

per se stesso

in qualità di (tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in nome e per conto: del /lla

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ ( )

Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Medico curante : Dott. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'assegnazione del contributo economico per interventi in favore di soggetti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

### 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.
  
- Di beneficiare dei seguenti servizi:
  - ASSEGNO DI CURA PER IL SERVIZIO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA
  - CONTRIBUTO DI CURA PER IL SERVIZIO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA
  - DISABILITA' GRAVE
  - ASSISTENZA DOMICILIARE

#### ALLEGA

- Certificazione di stadiazione attestante la diagnosi di Sclerosi laterale Amiotrofica dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.
- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la diagnosi;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno
- Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario

#### CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs 445/2000 e ss. mm., in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La sottoscritto/a Informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 che:

- i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione;
- i dati saranno comunicati solo all'interessato ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda ma non saranno diffusi;
- esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili di cui sopra.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

FIRMA  
\_\_\_\_\_