

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver,  
ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In qualità di:

Genitore

Altro familiare (specificare .....)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

**Chiede**

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 899 dell'11.05.2012, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

**Dichiara**

Che al familiare affetto da SLA, residente in Sicilia nel Comune di \_\_\_\_\_  
vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 3) Stato di famiglia.

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA