

***DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54***

***Comuni di***

***Castelvetrano - Campobello di Mazara***

***Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa A.S.P.***

*Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)*

***Tel. 0924/909103 Fax 0924/902203***

***UFFICIO DI PIANOApertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00***

***email:ufficiopianod54@libero.it***

*Al Sindaco*

*del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*c/o l’ Ufficio Servizio Sociale*

OGGETTO:Istanza per “Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”

**Dichiarazione sostitutiva resa a i sensi dell’Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat0/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del/la sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per se stesso o per il/la proprio/a familiare, affetto/a dalle condizioni di disabilità gravissima previste dal D.M. del 14 maggio 2015 ed in riferimento alle linee guida dipartimentali interassessoriale (prot. 36096 del 08/10/2014) e di seguito riportate(spuntare la voce interessata):

* Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente obbligato al letto e/o in carrozzina.
* Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.
* Paziente in stato vegetativo o coma o “locked – in syndrome”.
* Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.
* Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.
* Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l’altrui incolumità vitale.

A tal fine

Allega alla presente istanza:

* Fotocopia del documento di riconoscimento, in corso di validità, siadel disabile richiedente sia dell’eventuale dichiarante familiare, ai sensi dell’art.38 del DPR n. 445/2000;
* Fotocopia del Codice Fiscale del disabile;
* Certificazionerilasciate dagli Uffici competenti attestanti la disabilità grave;
* Attestazione ISEE ordinaria dell’intero nucleo familiare.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/a sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi del decreto legislativo n. 196/03 - codice in materia di protezione dei dati personali - autorizza l’Ufficio al trattamento dei dati personali ai fini della suddetta richiesta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_