

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver,  
ai sensi dell'allegato al D.A. 2201/S5 del 7 agosto 2017**

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 \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ *familiare*  
*caregiver* del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, che risulta affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica

**Chiede**

La concessione del sostegno economico previsto dal D.A. 2201/S5 del 07/08/2017 volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, necessario per assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA in sostituzione di altre figure professionali.

A tal fine

**Dichiara**

1. Che il familiare \_\_\_\_\_, affetto da SLA, si trova nella fase iniziale o avanzata del decorso della malattia, come da diagnosi certificata in data \_\_\_\_\_ dal Centro Regionale di Riferimento per la Sicilia di \_\_\_\_\_;
2. Che non percepisce l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.-
3. Che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo spettante, venga accreditato sul conto corrente Bancario di seguito dichiarato \_\_\_\_\_, intestato a \_\_\_\_\_

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;
- 4) Fotocopia documento di identità in corso di validità.

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 della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

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

FIRMA