

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Castelbuono
via S. Anna n.25
PEC:comune.castelbuono@pec.it

All Distretto Sanitario 33
c.da Pietra Pollastra
fax 0921/920216
d33cefalu@asppalermo.org

OGGETTO: Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della legge regionale n.4/2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/p.zza _____ n. _____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi e consapevole che le dichiarazioni
mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le
disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/00 e smi,
nella qualità di **familiare/tutore:**
del/della Sig./ra _____ nata a _____ il _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n. _____ bisognoso
di assistenza h.24;

CHIEDE

di ammettere **il/la Sig/ra** _____ ai benefici per i disabili gravissimi
di cui alla legge regionale n.4 del 01 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P.
545 del 10 maggio 2017, pubblicato l'11 maggio 2017.

A tal fine allega copia del documento di riconoscimento e documentazione sanitaria
attestante le condizioni di disabilità gravissima.

Data _____

FIRMA
