

Al Distretto Socio Sanitario n°52  
Marsala - Petrosino  
Via Falcone n°5  
91025 MARSALA

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela)

del/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesta la diagnosi;
- Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente;

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

   sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

MARSALA, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_