

**Al Comune di Rieti
Capofila Distretto Socio-Sanitario RI/1
Settore Socio-Assistenziale
Ufficio di Piano**

Io sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

e residente in _____

Via/Piazza _____

telefono _____ secondo telefono _____

CHIEDO

Di poter accedere agli interventi di assistenza domiciliare e di aiuto personale a favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica ai sensi della D.G.R. del Lazio n. 233/2012 e successivi provvedimenti attuativi

Per me stess__

Per _l_ signor_ _____

nat_ a _____

il _____

e residente in _____

Via/Piazza _____

telefono _____ secondo telefono _____

Tipo di rapporto con il potenziale beneficiario dell'intervento (grado di parentela, tutore, amministratore di sostegno):

A tal fine

Allego la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria** rilasciata dai Centri di riferimento regionali, riconosciuti ai sensi del D.M. n. 279/2001, per le persone affette da Sclerosi laterale amiotrofica, comprensiva del livello di deficit;
- Copia del documento di identità** in corso di validità del richiedente e della persona interessata se non coincidente.

Autorizzo ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 codesta Amministrazione al trattamento dei dati personali ai fini dell'istruttoria della presente richiesta. Autorizzo altresì e per gli stessi motivi a trasferire gli stessi dati alla struttura competente della Azienda UsI per ogni provvedimento di competenza.

Data_____

IL RICHIEDENTE
