



COMUNE DI _____

DISTRETTO RM6/1

Al Sig. Sindaco

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
“INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI
LATERALE AMIOTROFICA (SLA)”**

Il sottoscritto _____ nato a _____

residente a _____ in Via _____ tel _____

CHIEDE

di partecipare al Progetto degli interventi personalizzati di assistenza domiciliare diretta o indiretta a favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), *Azione 1 denominata “Assistenza domiciliare e aiuto personale”* nei termini e alle condizioni stabilite con la deliberazione della Giunta regionale n.233/2012 e con determinazione regionale n. B08766/2012 - G 03867/2014;

ALLEGA

- a) Copia Certificato, rilasciato da un presidio/centro di riferimento ufficialmente riconosciuto, attestante la patologia richiesta;
- b) Attestazione ISEE/ISE aggiornata completa di DSU;

**VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE ARRIVATE FUORI TERMINE O NON
CORREDATE DALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Il sottoscritto dichiara, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L.196/2003

(Luogo e data)

FIRMA
