

Al Comune di _____

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA
PROGETTO PERSONALIZZATO**

(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e del D.A 2727 DEL 16/10/ 2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/a a
_____ il _____ residente a _____
Via _____ n. _____ tel. _____
e-mail: _____

CHIEDE

relativamente al progetto sul "Dopo di noi", che venga inoltrata la presente richiesta all'A.S.P. di Catania Distretto Sanitario di Acireale ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio Progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla D.A 2727 DEL 16/10 /2017

A tal fine **dichiara:**

di essere riconosciuta persona con disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Allega la seguente documentazione:

- D.S.U. e certificazione I.S.E.E., in corso di validità;
- certificazione di Disabilità grave (L. 104/92 art. 3 comma 3)
- autocertificazione della composizione familiare
- copia del documento di riconoscimento

Data _____

FIRMA

Al Comune di _____

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA
PROGETTO PERSONALIZZATO**

(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e del D.A 2727 DEL 16/10/ 2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
 _____ il _____ residente a _____
 Via _____ n. _____ tel. _____

e-mail: _____

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____ Residente a _____

Via _____ n. _____

CHIEDE

relativamente al progetto sul "Dopo di noi", che venga inoltrata la presente richiesta all'A.S.P. di Catania Distretto Sanitario di Acireale ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio Progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla D.A 2727 DEL 16/10 /2017

A tal fine **dichiara:**

che il sig./sig.ra _____ è stata riconosciuta persona con disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Allega la seguente documentazione:

1. certificazione di Disabilità grave (L. 104/92 art. 3 comma 3)
2. copia del documento di riconoscimento

Data _____

FIRMA
