

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

COMUNI DI PALAGONIA, SCORDIA, MILITELLO V.C., RAMACCA, CASTEL DI IUDICA, RADDUSA

## AVVISO PUBBLICO SOSTEGNO ECONOMICO PER SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Visto il D.A. n.899/S5 dell' 11 maggio 2012 , che definisce i criteri e le modalità per l'accesso al sostegno economico per soggetti affetti da SLA

### SI RENDE NOTO

Che la domanda per ottenere il sostegno economico deve pervenire all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, entro il **31 marzo 2016** e deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
3. Stato di famiglia.

Il sostegno economico, pari ad un massimo di €. 400,00 mensili, decorrerà dalla data di presentazione dell'istanza e verrà erogato con cadenza semestrale.

Palagonia, 15 gennaio 2016

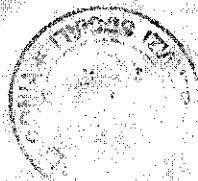
COMUNE DI PALAGONIA

Provincia di Catania

Ore: 8.56 del 15/01/2016

Prot. 0000804 2016 Uscita

Dest. Minuta



Il Coordinatore del Gruppo Piano  
( Rosalia Cucuzza )

**SOSTEGNO ECONOMICO PER SOGGETTI AFFETTI DA  
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**  
( D.A. n.899/S5 del 2012)

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

La concessione del sostegno economico per il proprio familiare \_\_\_\_\_  
Si allega:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
3. Stato di famiglia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_