

**OGGETTO: Richiesta di progetto assistenziale personalizzato in favore di persone in condizione di disabilità gravissima**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, del Comune di \_\_\_\_\_, in condizione di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico progetto che verrà presentato al competente Assessorato Regionale, come previsto dal D.A n.3779 del 29/12/2015 .

**Allega alla presente istanza:**

- **Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico degenerative non reversibili:**

( ) Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina;

( ) Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perchè totalmente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;

( ) Paziente in stato vegetativo o coma o " locked-in sindrome";

( ) Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;

( ) Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;

( ) Paziente affetto da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o altrui incolumità vitale.

- Copia documento di riconoscimento del soggetto richiedente il contributo
- Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata, ai sensi della legge n.104/92,
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---