

Al Comune di _____

Servizi sociali

ISTANZA

PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA -Anno 2016

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il ___/___/_____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ Tel. _____, Cell.
_____.

CHIEDE

In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il
Sig. _____ nato a _____
il ___/___/_____, e residente a _____ in Via _____ n. _____
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 attstante le patologie riconducibili ai disabili gravissimi come da nota del Dipartimento Regionale della Famiglia che risultano essere le seguenti:

- Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.**
- Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.**
- Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome".**
- Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.**
- Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.**
- Pazienti affetti da malattia organica, irreversibile, associata disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.**

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 11 e 13 del d. Lgs 196/2003, e dell'art. 7 del medesimo provvedimento legislativo., ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

FIRMA
