

All'Ufficio Servizi Sociali  
Comune di Cefalù  
**C.so Ruggiero 139**  
PEC: protocollo@pec.comune.cefalu.pa.it

All Distretto Sanitario 33  
c.da Pietra Pollastra  
fax 0921/920216  
d33cefalu@asppalermo.org

**OGGETTO:** Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della legge regionale n.4/2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/00 e smi, nella qualità di **familiare/tutore:**

del/della Sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

bisognoso di assistenza h.24;

### **CHIEDE**

di ammettere **il/la Sig/ra** \_\_\_\_\_ ai benefici per i disabili gravissimi di cui alla legge regionale n.4 del 01 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato l'11 maggio 2017.

A tal fine allega copia del documento di riconoscimento e documentazione sanitaria attestante le condizioni di disabilità gravissima.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_