



Distretto Socio Sanitario n. 37

COMUNI DI TERMINI IMERESE (capofila), ALIMINUSA, CACCAMO, CALTAVUTURO, CERDA, MONTEMAGGIORE BELSITO, SCIARA, SCILLATO, SCLAFANI BAGNI, TRABIA

Al Sindaco
Comune di _____

All'A.S.P. di Palermo
Distretto Sanitario di Termini Imerese
Via Ospedale Civico n.10
90018 Termini Imerese (PA)

Oggetto: istanza per l'accesso ai benefici per **disabili gravissimi**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____
in qualità di _____ del disabile grave _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____
tel. _____, cell. _____

CHIEDE

l'accesso ai benefici per disabili gravissimi di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

_____, _____

Firma