

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisci/non fruisci di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).

Si comunica che il dr. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 9 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare.

N.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CONVIVENTE	
					SI...	NO...
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Allega alla presente istanza:

- *Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.*
- *Indicatore Situazione Economica (I.S.E.E.), ai sensi del D lgs n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – ect...).*
- *Copia documento di riconoscimento in corso di validità.*

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del Codice Penale e delle Legi speciali in materia.

Altresì, ai sensi della Legge n. 675/96 e s.m.i., consente il trattamento dei contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Pantelleria, _____

(firma)
