

Al Sindaco del
Comune di Piraino

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Via _____

Telefono _____

IBAN: _____

(Caregiver) referente del familiare _____

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Via _____

Chiede il sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica in base al Decreto dell' Assessorato Della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 384 del 24/02/2015 volto al riconoscimento del lavoro di cura dei familiari affetti da SLA.

Data _____

Firma _____