

- di non usufruire, per l'anno in corso, di assegno di cura;

Dichiara, inoltre:

– di avere un'età di _____

– di avere un'invalidità pari o superiore al 74 % ai sensi della legge 118/1971, di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Anziano ultrasessantacinquenne con disabilità ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.3;
- Anziano ultrasessantacinquenne con disabilità ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.1;
- Anziano ultrasessantacinquenne con invalidità pari o superiore al 74% ai sensi della legge 118/1971;

– che il proprio stato di famiglia è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
---------	------	-----------------	--------------------

Assistente sociale del CSST di riferimento: _____;

A tal proposito allega alla presente:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
- Copia sottoscritta di un documento di riconoscimento in corso di validità e Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- Copia del verbale attestante l'invalidità civile e/o la disabilità (omologa del tribunale civile o relazione medica rilasciata dal medico di base).
- Eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della legge 104/92;
- Eventuale decreto di invalidità attestante un grado di invalidità di almeno il 74% ai sensi della legge 118/1971.

_____, lì _____

FIRMA
