

Al Sig. Presidente Commissione
Progetto: "Dotazione di Sintetizzatori vocali ai pazienti
affetti da SLA e da gravi patologie neuromotorie".
A.S.P. DI CATANIA
U.O.C. HANDICAP, RIABILITAZIONE TERRITORIALE
E ASSISTENZA PROTESICA
Via S. Maria La Grande n.5
95124 CATANIA

Il/la sottoscritto/aNato/a.....il.....

Codice Fiscale.....Residente a.....

In via/piazza.....Tel.....cell.....

Eventuale domicilio di assistenza:.....

AUSL e Distretto Sanitario di appartenenza.....

Affetto/a da:.....

Riconosciuto: Invalido Civile alin data.....

dalla Commissione..... e portatore di handicap ai sensi della L.104/92.....

Trovandosi nelle condizioni cliniche di grave deficit motorio (tetraparesi) e sostanziale perdita della parola previste dal Bando redatto dalla A.S.P. di Catania ed autorizzato dall'Assessorato Salute –Regione

Sicilia(PSN2010) a causa di grave patologia neuromotoria richiede:

Comunicatore a controllo oculare

A tal fine si allega alla presente domanda:

-fotocopia documento di identità

-fotocopia verbale di invalidità ed accertamento handicap (L.295/90 e L.104/92)

-certificato di diagnosi malattia, redatto da specialista neurologo del S.S.N., correlato dell'apposita modulistica della Scheda di Valutazione redatta con le Linee Guida, che motiva la prescrizione dell'ausilio ad alto contenuto tecnologico e che contestualmente attesta la idoneità all'utilizzo dello stesso.

-eventuale sintetica relazione sociale che evidenzii il primario bisogno di comunicazione e specifiche condizioni sociali e/o lavorative e/o didattiche.

.....li

Firma del Richiedente(*)

(*) L'eventuale firma di persona diversa dal richiedente deve essere corredata da copia di documento identità