

	<b>Direzione Sociale</b>	data di emissione: <b>15.10.2009</b>	<b>ALLEGATO 2 P-PRO SV-DOM</b>
	<b>MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI MOTIVI DI SOSPENSIONE O DECADIMENTO DEL CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO</b>	revisione n°: <b>00</b>	Pag <b>1</b> di <b>1</b>

Spettabile  
A.S.L. della Provincia di Varese  
U.O. ACQUISTO PRESTAZIONI SS e SA  
V.le O. Rossi n. 9  
21100 – VARESE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sesso M  F   
 CF \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_  
 tel. abitazione \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI:**

- Tutore/curatore/amministratore di sostegno  
 erede  
 altro

del Sig./a \_\_\_\_\_ sesso M  F   
 CF \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_  
 tel. abitazione \_\_\_\_\_

con riferimento ai contenuti della D.G.R. n.VIII/010160 del 16 settembre 2009 “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da sclerosi laterale amiotrofica....”, ai criteri di diagnosi definiti nelle linee guida allegate alla D.G.R. 6220/2007 e relativa circolare attuativa, e ai criteri di ammissibilità di cui alla D.G.R. 7915/2008 e relativa circolare attuativa

**COMUNICA**

a codesta Spettabile ASL che sono intervenuti i seguenti motivi di sospensione/decadimento del diritto al contributo mensile:

- ricovero temporaneo/sollievo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ricovero ordinario a tempo indeterminato dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

presso la seguente struttura:

- 
- decesso il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 presso il proprio domicilio  
 presso : \_\_\_\_\_

**Distinti saluti.**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)