AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 46

COMUNE

DI_____

OGGETTO: **CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER ANNUALITA' 2021**

BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVISSIMI

Il/La Sottoscritt _____
nat a _____ il _____
residente a _____ in via _____-_____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via_____riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno)

A TAL FINE DICHIARA

1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017)/art.33 comma 3 della Legge 104/92 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA)_____;

- Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare anno);
- Di essere titolare del C/C bancario/postale IBAN 27 CARATTERI (allegare copia cartacea del codice Iban):

I	T																							

presso la banca/posta_____filiale di _____

Allega alla presente:
 Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver e dell' assistito;
Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *"Contiene dati sensibili",* i seguenti documenti:
 Copia del patto di cura;
 Copia cartacea del codice Iban.

Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.
La Sig.ra/il Sig._____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

IL RICHIEDENTE