

Al Comune di
(Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2021

ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, DGR 4443/2021, DGR 4562/21 di Regione Lombardia

FONDO CAREGIVER DISABILI ADULTI

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)
nato/a a prov. il
residente in (comune) via n.
telefono..... codice fiscale.....
indirizzo email
in qualità di beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome	nome
nato/a a	prov. il
residente in (comune)	
via	n.
telefono.....	codice fiscale.....

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell'avviso pubblico adottato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale Val Seriana nell'adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana.

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che il beneficiario ha fruito della misura B2 per almeno 3 mesi consecutivi nel corso dell'esercizio 2021;

che è presente un **caregiver familiare**: il/la sig./sig.ra (cognome e nome)(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità) Codice Fiscale

.....che dedica.....ore al giorno alla funzione di caregiver.

In fede

.....
.....
.....

Luogo e data:

.....

La liquidazione del beneficio economico verrà effettuata sul conto corrente bancario o postale indicato nella domanda per la Misura B2.