



Amministrazione destinataria

Comune di Biassono

Ufficio destinatario

Ufficio di Piano

Domanda di accesso per i sostegni del ruolo di cura e di caregiver

Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 23/12/2022, n. 7605

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

in qualità di (*)

- genitore
- tutore

Numero decreto di nomina	Data decreto
--------------------------	--------------

- amministratore di sostegno

Numero decreto di nomina	Data decreto
--------------------------	--------------

- curatore

Numero decreto di nomina	Data decreto
--------------------------	--------------

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver sostenuto le seguenti spese per ricovero di sollievo

Importo spese sostenute	€	Periodo di intervento
<input type="text"/>		<input type="text"/>

- che intende sostenere le spese per ricoveri di sollievo entro il 31/12/2023 presumibilmente pari al seguente importo

Importo spese sostenute
<input type="text"/>
€

- che intende sostenere le spese per interventi domiciliari assistenziali entro il 31/12/2023 presumibilmente pari al seguente importo

Importo spese sostenute
<input type="text"/>
€

- di aver sostenuto le seguenti spese per interventi domiciliari assistenziali

Importo spese sostenute	€	Periodo di intervento
<input type="text"/>		<input type="text"/>

- che intende chiedere un corso di formazione e addestramento del caregiver

DICHIARA INOLTRE

il conto corrente sul quale verrà accreditato l'eventuale rimborso

IBAN	Intestatario	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione attestante l'indennità di accompagnamento o la condizione di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, com. 3
- copia del certificato di invalidità civile
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Biassono

Luogo

Data

Il dichiarante