

- Ufficio Protocollo del Comune di _____
 Da pec a comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it

**Domanda di accesso al budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del
caregiver familiare.
DGR 565/2021**

**Dichiarazione sostitutiva
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____ il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____,

Telefono * _____

Email * _____

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

di aver preso visione della DGR n. 565 del 18 dicembre 2021 (Burc n. 19 del 24 Gennaio 2022) Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del "caregiver" familiare per gli anni 2018 – 2019 e 2020. Decreto Ministeriale 27 ottobre 2020 – Presa d'atto delle "Linee di indirizzo Regionali" ed approvazione riparto tra gli ambiti territoriali sociali regionali.

DICHIARA

di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale e svolta presso l'abitazione della persona assistita Sig./Sig.ra

(nome e cognome) _____, nato/a _____ il _____ a
_____ (____), Codice Fiscale _____, residente a
_____ (____) CAP _____ in Via

- che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data _____ dalla Commissione Sanitaria Provinciale;
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.

1. ISEE del caregiver familiare in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____ Firma del caregiver _____

Consenso della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore

(nome e cognome) _____, nato/a _____ il
_____ a _____ (____), Codice Fiscale
_____, residente a _____ (____) CAP _____
in Via _____,

Da il proprio consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso al “budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR 565/2021).

AUTORIZZO ALTRESI'

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma dell’assistito _____