



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

Comuni di Agira Assoro Leonforte Nissoria Regalbuto
ASP n. 4 - Distretto di Agira

ISTANZA BONUS CAREGIVER CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DI DISABILI GRAVISSIMI

Fondo anni 2018-2019-2020

AL COMUNE DI _____

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

CHIEDE

il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza di cui all'Avviso prot. 28337 del
17/11/2022 in favore di _____, nato a _____
il _____ residente a _____ riconosciuto disabile gravissimo - ai sensi
dell'art 3 del D.M. 26 settembre 2016- dall'anno _____

A tal fine il sottoscritto valendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 e dall'art. 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello
stesso D.P.R. 445/00

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) _____
- 2) Che il disabile è stato valutato, ai sensi del D.M. 26 settembre 2016, gravissimo dal _____;
- 3) di assicurare attività di cura e assistenza alla persona disabile come risulta dal Patto di Cura firmato dal
sottoscritto.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del disabile;
- in busta chiusa, con la dicitura "Contiene dati sensibili", copia del patto di Cura
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della L.675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del
procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE