

ALL. C)

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL
CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI
CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE
DISABILI GRAVISSIMI**

Al Distretto Socio Sanitario n.27
c/o l'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, il _____ e residente
a _____, in via _____

n. _____, cell. n. _____, email _____,
pec _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria
responsabilità;

presa visione del relativo Avviso ed accettatone integralmente il contenuto;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e
assistenza – bonus *Caregiver* familiare (fondo annualità 2022), svolto in favore di
_____, nato a _____, il _____, residente a _____,

(se ricorre il caso indicare la data di decesso) _____

riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 per l'anno di
riferimento

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, indicare il grado
di parentela _____

2. di essere cittadino:

☐ italiano

☐ di uno Stato appartenente all'Unione Europea e precisamente _____

☐ di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e precisamente in possesso di un regolare titolo di soggiorno;

3. che il disabile è stato valutato in condizioni gravissime ai sensi dell'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del familiare Caregiver;
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale della persona assistita;
- se ricorre il caso, copia del permesso di soggiorno in corso di validità e/o in caso di rinnovo, ricevuta di presentazione della relativa domanda

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "**Contiene dati sensibili**" i seguenti documenti:

- Copia del Patto di Cura sottoscritto relativamente all'anno 2022 o autocertificazione;
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo; accludere inoltre copia cartacea del codice iban.

AUTORIZZA

ai sensi del REG. UE 679/2016 (GDPR), il trattamento dei dati personali per aderire al presente avviso finalizzato all'espletamento della procedura di cui trattasi, nonché per lo svolgimento di funzioni istituzionali, l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o, comunque, per l'assolvimento di obblighi di legge ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, con modalità telematiche e/o manuali, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le finalità sopra indicate.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

Ai partecipanti sono riconosciuti i diritti del citato REG. UE 679/2016 (GDPR). Il titolare dei dati è il Comune di Milazzo- Capofila del Distretto 27-Via F.sco Crispi 1.

Luogo e Data _____

Firma

Il termine ultimo di presentazione dell'istanza è il giorno