

**DOMANDA PER EROGAZIONE DELL'ASSEGNO UNA TANTUM
PREVISTO DAL FONDO PER IL SOSTEGNO
DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE
- ANNUALITÀ 2018/2019/2020 - DGR N. XI/4443 del 22/03/2021**

All'Ufficio Servizi Sociali

del Comune di _____

Ambito di Trezzo sull'Adda

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE (specificare grado di parentela) _____

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome e Cognome** _____

Nato a _____ il _____ genere M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono):

CHIEDE

- ☐ per sé
☐ per la persona per la quale inoltra la domanda di avere accesso all'assegno una tantum di cui alla DGR 4443/2021

e pertanto DICHIARA *(barrare le caselle interessate)*

di aver fatto domanda per uno dei seguenti interventi della misura B2 di cui alla DGR N. 4138/2020:

- ☐ Buono sociale mensile caregiver familiare
☐ Buono sociale mensile assistente personale
☐ Voucher minori

di essere in carico alla Misura B2:

- ☐ già beneficiario da *tre mesi consecutivi*
☐ divenire beneficiario per *tre mesi consecutivi entro il 31.12.2021*

DICHIARA

- di essere 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.
- di essere consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza e l'Ufficio di Piano dell'Ambito, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;
- che le comunicazioni relative alla presente istanza devono pervenire alla seguente casella di posta elettronica

ALLEGA (solo se modificati rispetto alla domanda di Misura B2 DGR 4138/2020)

- ☐ copia carta di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
☐ copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno
☐ copia dell'istestazione del conto corrente bancario o postale dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
☐ copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto.

NOTA BENE: eventuale variazione delle coordinate bancarie deve essere tempestivamente comunicata ai Servizi Sociali del Comune di residenza.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY

I dati personali contenuti nel presente modulo verranno trattati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16. La finalità del trattamento è la Domanda per erogazione dell'Assegno una tantum previsto dal fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare - annualità 2018/2019/2020 - DGR N. XI/4443 del 22/03/202.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

Luogo e data _____ Firma _____