



Città di Lamezia Terme

UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

(Cortale, Curinga, Falerna, Feroletto Antico, Gizzeria, Jacurso, Lamezia Terme, Maida, Nocera Terinese, Pianopoli, Platania, San Pietro a Maida)

ALLEGATO A

ISTANZA PER IL CONTRIBUTO PER CAREGIVER FAMILIARE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ Cap _____ Codice fiscale _____
Tel _____ Cell. _____ email _____
PEC _____

VISTO

l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale di Lamezia Terme relativo all'intervento a favore del caregiver familiare, rivolto a coloro i quali non hanno beneficiato di parte del contributo relativo al triennio 2018/2020.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di essere il CAREGIVER FAMILIARE che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al/alla Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____, residente a _____ in via _____
n. _____ Codice Fiscale _____

in qualità di: barrare le seguenti informazioni (obbligatorie)

- Coniuge;
- Altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- Familiare e/o affine di secondo grado (specificare il grado parentela) _____;

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;



Città di Lamezia Terme

UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

(Cortale, Curinga, Falerna, Feroletto Antico, Gizzeria, Jacurso, Lamezia Terme, Maida, Nocera Terinese, Pianopoli, Platania, San Pietro a Maida)

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti.

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del CAREGIVER FAMILIARE ai sensi della DGR 565/2021;

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

- Tramite accredito su:
- Conto corrente bancario
 - Conto corrente postale
 - Postepay Evolution

Intestato a: _____

Codice_IBAN (27caratteri)_____

c/o Banca/Ufficio Postale _____

Sede Agenzia:_____

N.B. Non sono ammessi libretti postali e/o bancari.

DICHIARA

di essere informato che il trattamento dei propri dati personali forniti 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), saranno trattati, anche con modalità informatizzate, per le sole finalità del presente procedimento e potranno essere comunicati ai servizi interni del Comune capofila nonché alla Regione Calabria.

Luogo e data

Firma del Dichiarante