Al Comune di ……….……………………

(*Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale*)

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2021**

**ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, DGR 4443/2021, DGR 4562/21 di Regione Lombardia**

**FONDO CAREGIVER DISABILI ADULTI**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ……………………………. (nome) …………………...………..…………..

nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……..….………………....

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………….……… n .….……

telefono………………………….. codice fiscale……….……………………………………………………

indirizzo email ……………………………………………………………...………………………………….

in qualità di  beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  famigliare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal

richiedente)

|  |
| --- |
| cognome ………………………………………. nome ………………………………………..…………..  nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……….………………...  residente in (comune) ………………………..………...  via …………...…………………..…… n. .……………  telefono…………………………..… codice fiscale……….……………………………………………… |

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell’avviso pubblico adottato dall’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito Distrettuale Val Seriana nell’adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana.

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

**DICHIARA**

che il beneficiario ha fruito della misura B2 per almeno 3 mesi consecutivi nel corso dell’esercizio 2021;

che è presente un **caregiver familiare:** il/la sig./sig.ra (cognome e nome) ………………………………………………………………(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità) …………..……………….. Codice Fiscale …………………………………...che dedica……………....ore al giorno alla funzione di caregiver.

In fede Luogo e data:

…………………………………………

………………………………………… ….…………………………………..

…………………………………………

La liquidazione del beneficio economico verrà effettuata sul conto corrente bancario o postale indicato nella domanda per la Misura B2.