



Città di Soverato



REGIONE CALABRIA

ALLEGATO A

Comune di Soverato
UdP - Settore Politiche Sociali
Piazza Maria Ausiliatrice n. 8
88060 Soverato
servizisociali.comunesoverato@asmepec.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione - Avviso Pubblico per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (ex DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art. 1 della Legge n. 205/2017).

Il/La sottoscritto/a: _____ nato/a a _____
_____, il _____, Codice fiscale: _____

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1) di essere *caregiver familiare* del seguente soggetto assistito:

- Cognome e nome
- Luogo e data di nascita
- Codice fiscale
- Comune e indirizzo di residenza
- Comune e indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza)

2) di avere il seguente rapporto con il soggetto assistito:

- genitore
- coniuge
- convivente di fatto



Città di Soverato



REGIONE CALABRIA

- familiare entro il secondo grado (specificare ad es. nonno/nipote o fratello /sorella)
- affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)
- familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all'art. 33, comma 3, Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1;
- altro

3) di essere *caregiver* dell'assistito dalla data

4) di essere impegnato nell'attività di *caregiving* per circa h/giorno: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura):

(Luogo e data)

Firma

AVVERTENZE: La presente domanda deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 (qualora non firmata digitalmente).



Città di Soverato



REGIONE CALABRIA

Il/La sottoscritto/a: _____ nato/a a _____
 _____, il _____, Codice fiscale: _____
 _____, residente nel comune di _____,
 indirizzo _____,

oppure

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____, il _____, Codice fiscale: _____
 _____, residente nel comune di _____,
 indirizzo _____, nominato
 amministratore di sostegno, tutore o curatore dell'assistito con provvedimento n. _____ del

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra _____ è il proprio caregiver familiare.

(Luogo e data)

Firma

AVVERTENZE: La presente domanda deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 (qualora non firmata digitalmente).