

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

All'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di _____
Distretto Socio Sanitario n.27
SEDE

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:

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus *Caregiver* familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020), svolto in favore di _____, nato a _____, il _____, residente a _____, riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 o in possesso della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, nei seguenti anni (barrare casella interessata):

- ☐ 2018
☐ 2019
☐ 2020

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, indicare il grado di parentela _____ ;
2. che il disabile possiede la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, o che è in possesso della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento

dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore dal_____

3.di assicurare attività di cura e assistenza in favore del disabile assistito

Allega alla presente istanza:

copia del documento di riconoscimento in corso di validità del familiare Caregiver;

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

- Copia del verbale attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto o verbale di invalidità al 100% con assegno di accompagnamento. La documentazione da allegare dovrà essere quella da cui si evince la patologia;
- Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver in favore del disabile;
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo.

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- Via F.sco Crispi 1. Il Responsabile della Protezione dei dati designato dall'Ente è l'avv. Pasquale Morabito.

Luogo e Data _____

Firma
