

## BONUS CAREGIVER

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA (FONDO ANNI 2018 - 2019 - 2020)**

AI COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt .....  
nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale .....  
tel: ..... e-mail .....

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

### CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza come indicato dall'Avviso pubblicato in data 04-12-2022

In qualità di CAREGIVER

Del/la Sig./ra .....  
Affetto/a da disabilità  
(INDICARE IL GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_)

GRAVE

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016

nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale .....

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi agli anni 2018 – 2019 - 2020;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente in corso di validità e della persona con disabilità;
- ✓ Copia PDF del Codice IBAN su cui accreditare il contributo (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale). Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficiario.

per la persona con "DISABILITA' GRAVISSIMA" valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dichiara che il Patto di Cura è stato sottoscritto in data..... (che si allega in copia)

## DICHIARA

Di avere svolto il ruolo di caregiver nell'ambito del triennio 2018 – 2019 - 2020 per i seguenti periodi:

- 2018 dal ..... al .....
- 2019 dal ..... al .....
- 2020 dal ..... al .....

### Dichiara inoltre

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali; di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

**La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena l'esclusione.**  
*Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti*

Luogo e data .....

IL CAREGIVER

.....