



AMBITO DISTRETTUALE N. 5 SEBINO

Comuni di: Iseo, Corte Franca, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico, Passirano, Provaglio D'Iseo, Sale Marasino, Sulzano, Zone.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE
DELLE RISORSE PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE
D.G.R. XI/4443 del 22/03/2021
ANNO 2021**

Protocollo
(riservato al Comune)

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Codice fiscale _____ Tel _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo una tantum di €. 200,00 così come indicato nell'Avviso pubblico dell'Ambito n. 5 – Sebino, ai sensi della Dgr XI/4443 del 22/03/2021.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- a) di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità previsti dall'avviso in oggetto;
- b) essere residente in un dei Comuni dell'Ambito distrettuale n. 5 – Sebino;
- c) di essere beneficiario di cui alla Misura B2 del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (FNA) 2021 da almeno tre mesi consecutivi;
- d) di essere assistito a domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1) Cognome e nome di chi presta l'assistenza _____

2) Parente SI ☐ NO ☐ ;

3) Convivente SI ☐ NO ☐ ;

Recapito telefonico _____

4) Monte ore giornaliero di assistenza _____

5) Tipo di prestazioni assistenziali garantite _____

- e) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;
- f) di **INDICARE, OBBLIGATORIAMENTE, ENTRAMBE LE MODALITA' DI PAGAMENTO**, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici:

☐ accredito del contributo mediante bonifico su c/c bancario o postale:

CODICE IBAN																											
I	T																										

☐ ritiro presso lo sportello della tesoreria comunale tramite persona delegata.

Data _____

Firma _____

Si allegano:

- **documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente se non coincidenti.**

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Iseo saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del contributo richiesto e viene realizzato dal personale dei Servizi Sociali del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano, anche con l'ausilio di mezzi informatici. I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Iseo.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.comune.iseo.bs.it>

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

Data _____

Firma _____

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- ❑ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- ❑ La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela o relazione con l'interessato _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____

Recapito telefonico _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

C.F. _____

Luogo e data

In fede
