

ALLEGATO "B"

Al Distretto Socio – Sanitario n.54

Comune di \_\_\_\_\_

### **BONUS CAREGIVER F.N.A. 2021**

Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza  
del *Caregiver Familiare* dei **Disabili Gravissimi**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**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 anno 2021, svolto in favore di \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_;

ricosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

#### **DICHIARA**

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017 nella qualità di seguito specificata \_\_\_\_\_;
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 in data \_\_\_\_\_

#### **Allega alla presente istanza:**

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del *Caregiver* familiare e del disabile;
- copia codice IBAN su cui accreditare il contributo;

#### **Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati Sensibili" il seguente documento:**

- copia del patto di cura.

#### **AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente