



Al Comune di _____

RICHIESTA ACCESSO
Fondo caregiver familiare esercizio 2021
utilizzo 2022-2023
ai sensi della DGR XI/6576/2022
per le persone beneficiarie della Misura B2

CONTRIBUTO PER INTERVENTI RESIDENZIALI DI SOLLIEVO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____
residente a _____ prov. (____)
telefono _____ e-mail _____

in qualità di CARE GIVER di:

(Cognome e Nome del Beneficiario della Misura B2)

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE - annualità 2021, per le spese¹ di INTERVENTO RESIDENZIALE DI SOLLIEVO, della persona sopra indicata, effettuato dal _____ al _____ presso _____.

Allega documentazione comprovante le spese sostenute per il ricovero di sollievo (fattura/ricevuta).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

Che la persona destinataria dell'intervento residenziale di sollievo è persona ammessa alla misura B2-FNA 2021, anche se non finanziata, di cui all'Avviso Pubblico dell'Ambito Territoriale di Dalmine in data 24 febbraio 2022, prot.n.7264;

data _____

firma del dichiarante _____

(allegare copia carta identità)

¹ Le spese devono essere sostenute nel corso dell'anno 2022.



Ai fini dell'accreditamento del buono comunica gli estremi per il pagamento:

conto corrente bancario intestato a _____

residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

IBAN _____

Banca _____ agenzia di _____

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i dati dei titolari:

Nominativo _____ CF _____

residente a _____ in via _____

Nominativo _____ CF _____

residente a _____ in via _____