

- Ufficio Protocollo del Comune di \_\_\_\_\_  
 Da pec a [comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it](mailto:comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it)

**Domanda di accesso al budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del  
caregiver familiare.  
DGR 565/2021**

**Dichiarazione sostitutiva  
(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_,

Telefono \* \_\_\_\_\_

Email \* \_\_\_\_\_

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

**DICHIARA**

*di aver preso visione della DGR n. 565 del 18 dicembre 2021 (Burc n. 19 del 24 Gennaio 2022) Fondo per il sostegno del ruolo di cura ed assistenza del "caregiver" familiare per gli anni 2018 – 2019 e 2020. Decreto Ministeriale 27 ottobre 2020 – Presa d'atto delle "Linee di indirizzo Regionali" ed approvazione riparto tra gli ambiti territoriali sociali regionali.*

**DICHIARA**

**di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale e svolta presso l'abitazione della persona assistita Sig./Sig.ra**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_

- che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_ dalla Commissione Sanitaria Provinciale;
- che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda.





1. ISEE del caregiver familiare in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
2. Copia di un valido documento di identità del richiedente ed assistito;
3. Condizione di disabilità e di non autosufficienza, previa certificazione medico legale (L. 104/92), redatta dalla Commissione di accertamento Handicap che definisce la gravità della condizione.

### **AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del caregiver \_\_\_\_\_

### **Consenso della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_,

Da il proprio consenso al proprio caregiver per la presentazione della domanda di accesso al “budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DGR 565/2021).

### **AUTORIZZO ALTRESI'**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell’assistito \_\_\_\_\_