

**Domanda di partecipazione al contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica ( ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021).**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il ...../...../.....  
residente a ..... prov. .... via/piazza .....  
telefono .....  
Codice Fiscale .....  
in qualità di:  diretto interessato  familiare  tutore  amministratore di sostegno  
del sig./sig.ra .....  
nato/a a ..... prov. .... il ...../...../.....  
residente a ..... prov. .... via/piazza .....  
telefono .....  
Codice Fiscale .....  
valutato UMVD/UVG in data.....con punteggio.....

CHIEDE

di fruire del contributo straordinario per persone non autosufficienti in situazione di fragilità economica ( ai sensi della DGR 3 – 3084 del 16 aprile 2021), a tal fine, relativamente a:

- se stesso  il proprio familiare  il proprio tutelato  il proprio amministrato

DICHIARA

il configurarsi in una o più delle seguenti condizioni nel periodo 01/03/2020 – 30/06/2021

- perdita del lavoro del proprio congiunto convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 perdita del lavoro del proprio congiunto non convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 Cassa integrazione congiunto convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 Cassa integrazione congiunto non convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 cessazione di attività lavorativa in proprio del congiunto convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 cessazione dell'attività lavorativa in proprio del congiunto non convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 avvenuto decesso di un congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui, signor/a \_\_\_\_\_.

DICHIARA altresì

- di essere assistito personalmente dal proprio congiunto convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 di essere assistito personalmente dal congiunto non convivente, signor/a \_\_\_\_\_;  
 di essere assistito mediante l'intervento di un assistente familiare, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico, allegato alla presente istanza;  
 di disporre di un ISEE Socio Sanitario in corso di validità pari a € ....., come risulta dall'attestazione allegata;  
 di non beneficiare di altri servizi ed interventi a carico del Consorzio e/o dell'ASL (attivati tramite U.V.G.);

- di aver preso visione e di accettare le condizioni proprie del Contributo così come specificate nell'avviso;
- di essere a conoscenza che **il presente provvedimento è di natura straordinaria ed i contributi verranno erogati previo trasferimento delle risorse dagli organi competenti ed avranno durata massima di dodici mesi e/o termineranno con l'esaurimento dei fondi disponibili.**
- di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del GDPR (Reg. UE 2016/679), il Consorzio e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali del Beneficiario ad Enti ovvero a soggetti terzi al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio-economiche del medesimo;
- di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità, consapevole delle responsabilità penali dell' art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data.....

Firma

**Allegati:**

- ISEE Socio Sanitario in corso di validità;
- carta identità del dichiarante e del beneficiario;
- codice fiscale del dichiarante e del beneficiario;
- contratto di lavoro assistente familiare (eventuale);
- decreto di tutela/amministrazione di sostegno qualora la dichiarazione sia sottoscritta da tutore o ASO.