

ALLEGATO A

Spett.le Consorzio ATS Br 3
Francavilla Fontana

OGGETTO: Avviso Pubblico "Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare per l'anno 2024". DGR 1092/2025 e AD 1515/2025 – ISTANZA DI ACCESSO.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ prov. _____ il _____ e
residente a _____ prov. _____, in via
_____ n. _____ codice
fiscale _____, tel. _____ Intestatario Conto Corrente
(intestato al caregiver richiedente o cointestato con questo)
_____ Banca/Istituto _____
Cod. IBAN: _____

DICHIARA

- di essere, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 255, della legge 30.12.2017, n. 20, caregiver familiare del/la sig./ra _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____ prov. _____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____;
- che la persona in condizioni di disabilità assistita dal caregiver familiare è vivente;
- di avere il seguente rapporto di parentela con l'assistito ai sensi dell'art. 1, comma 255 della L. 30 dicembre 2017 n. 205
 - coniuge
 - altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso
 - convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
 - familiare entro il secondo grado
 - affine entro il secondo grado
 - parente o affine entro il terzo grado*

*A tal fine dichiara che i genitori o il coniuge dell'assistito:

- hanno compiuto i sessantacinque anni di età
- sono anche essi affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti o mancanti
- che l'ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € _____;
- di essere nella seguente condizione lavorativa _____;
- che nel proprio nucleo familiare è presente una persona con disabilità (art. 3 comma 3 L. 104/1992) ulteriore rispetto all'assistito:
 - Sì
 - No
- che l'assistito è riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
- che l'assistito è titolare di indennità di accompagnamento;
- che l'assistito NON è percettore della misura "Sostegno Familiare";

CHIEDE PERTANTO

di partecipare all'Avviso Pubblico ***"Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare per l'anno 2024"***. DGR 1092/2025 e AD 1515/2025.

Alla presente si allega:

- Certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3 della persona con disabilità assistita;
- Certificazione indennità di accompagnamento della persona con disabilità assistita;
- Documento d'identità in corso di validità del caregiver familiare;
- Documento d'identità in corso di validità della persona con disabilità assistita;

Il/La sottoscritto/a dichiara che è stato/a informato/a che, in caso di dichiarazione mendace, è soggetto/a alle sanzioni di cui all'art. 496 del c.p. e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art.75 DPR 445/2000 e che è tenuto/a a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi. Dichiara altresì di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettarne tutte le condizioni.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 101/2018, che ha recepito le norme di cui al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data _____

Firma
