

C.F. 94571810012

Sede Legale: Via Roma n. 22 – 10063 Perosa Argentina (TO) - Tel.: 0121-802511 – Fax: 0121-802540 E-mail: [segreteria@unionevallichisonegermanasca.it](mailto:segreteria@unionevallichisonegermanasca.it) – PEC: [info@pec.unionevallichisonegermanasca.it](mailto:info@pec.unionevallichisonegermanasca.it)

**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, Allegato B)**

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

**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;

□ perdita del lavoro del proprio congiunto non convivente;

□ Cassa integrazione congiunto convivente;

□ Cassa integrazione congiunto non convivente;

□ cessazione di attività lavorativa in proprio del congiunto convivente;

□ cessazione dell’attività lavorativa in proprio del congiunto non convivente;

□ avvenuto decesso di un congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui.

**DICHIARA altresì**

□ di essere assistito personalmente dal congiunto convivente;

□ di essere assistito personalmente dal congiunto non convivente;

□ di essere assistito mediante l’intervento di un assistente familiare, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico, allegato alla presente istanza;

□ che il/la sig./sig.ra ….............................................. ha un ISEE Socio Sanitario in corso di validità pari a € ………………………………, come risulta dall’attestazione allegata;

□ che il/la sig./sig.ra ….............................................. non beneficia 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).