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

_____