



Amministrazione destinataria

Comune di Desio

Ufficio destinatario

Segretariato sociale

Domanda di rimborso degli interventi a sostegno del ruolo di cura e di caregiver

Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 23/12/2022, n. 7605

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

in qualità di (*)

- genitore
- tutore

Numero decreto di nomina	Data decreto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- amministratore di sostegno

Numero decreto di nomina	Data decreto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- curatore

Numero decreto di nomina	Data decreto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver presentato domanda per l'accesso alla Misura B2, DGR XI/5791 del 21/12/2021 e ss.mm.ii. esercizio 2022 e di essere stato ammesso e dichiara di aver sostenuto le seguenti spese per ricovero di sollievo

Importo spese sostenute	€	Periodo di intervento
<input type="text"/>		<input type="text"/>

- di aver presentato domanda per l'accesso alla Misura B2, DGR XI/5791 del 21/12/2021 e ss.mm.ii. esercizio 2022 e di essere stato ammesso e dichiara di aver sostenuto le seguenti spese per interventi domiciliari assistenziali

Importo spese sostenute	€	Periodo di intervento
<input type="text"/>		<input type="text"/>

DICHIARA INOLTRE

il conto corrente sul quale verrà accreditato l'eventuale rimborso (fino ad un massimo di 1200,00 €)

IBAN	Intestatario	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione attestante i pagamenti
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	Il dichiarante