Al Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda per L’EROGAZIONE DELLE RISORSE PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE- D.G.R. 4443 del 22.03.2021

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere al beneficio in oggetto proposto dall’Ambito territoriale n. 9, ovvero al contributo una tantum per il sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, ai sensi della D.G.R. 4443/21

- a favore di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(da compilare qualora la persona richiedente sia diversa dal beneficiario)*

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare il grado di parentela o l’eventuale ruolo esercitato (amministratore di sostegno, tutore)*

**A TAL FINE DICHIARA**

di essere beneficiario, da almeno tre mesi consecutivi, del Buono caregiver familiare o del Buono assistente personale, assegnato con le risorse del Fondo Non Autosufficienza - esercizio 2021 ai sensi della D.G.R. N. 4138/20.

Luogo e data ……………………..

 Il Richiedente

 (*o chi esercita la potestà genitoriale, tutore,*

 *amministratore di sostegno*)

 …………………………………………………

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 Reg. Ue 679/16, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell’Ufficio di Piano dell’Ambito 9 - Bassa Bresciana centrale, nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio anche con l’ausilio di mezzi informatici.

I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

…………………..il……………………. Firma…………………………………

**Allegato** Fotocopia della carta d’identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario