



Mod. 2

Spett.le
Comune di _____

Oggetto: Deliberazione n. 63/12 del 11.12.2020 Programma “Ritornare a casa PLUS”: Dichiarazione attività di cura resa dalla ditta/assistente personale.

Il/La sottoscritto/a , nato/a.....
il residente a..... in via
C.F:..... telefono..... e-mail
....., in qualità di:

- diretto interessato familiare di riferimento (indicare grado di parentela)
.....

del/della signore/a
nato/a..... il residente a..... in via
C.F:..... telefono..... e-mail
destinatario del “Programma Ritornare a casa Plus” ai sensi della Deliberazione n. 63/12 del 11.12.2020 Programma “Ritornare a casa PLUS”. Linee d'indirizzo annualità 2021/2022 - “Ritornare a casa PLUS”. Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime. Linee di indirizzo 2021/2022

dichiara

ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni, in conformità all’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

- di aver ricevuto servizi di cura, così come indicato nella normativa vigente in materia e nel piano personalizzato, nei confronti del beneficiario su indicato, per un totale pari a euro (indicare nel dettaglio)

e per un totale di ore pari a _____ nel
mese di _____ anno _____, ad opera di:

- ditta fornitrice delle prestazioni _____ ;
 assistente personale _____ ;

- di allegare, alla presente, copia della fattura/ricevuta della ditta fornitrice delle prestazioni o della busta paga dell’assistente personale ed ogni altra dichiarazione ritenuta utile;
 di allegare alla presente copia di un documento d’identità in corso di validità;
 di autorizzare ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE 2016/679 il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici, in conformità all’informativa già sottoscritta all’atto della presentazione del piano personalizzato;

Data e luogo _____

Il dichiarante _____

(Beneficiario o familiare di riferimento)