



PLUS ANGLONA COROS FIGULINAS
PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI



COMUNE DI OSILO
ENTE CAPOFILA



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Ambito PLUS Anglona Coros Figulinas

COMUNE DI OSILO

Ente Gestore Ambito PLUS

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO “CURARSI DI CHI SI PRENDE CURA”

Attività rivolte ai familiari di persone affette da Alzheimer, realizzate in collaborazione tra l'Ambito PLUS Anglona Coros Figulinas e l'Associazione AMAS.

Residente nel Comune di: _____

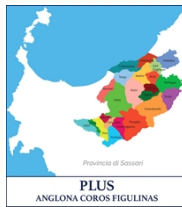
Il sottoscritto/a (beneficiario dell'intervento):

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Via	
Telefono	
Mail	

in qualità di caregiver del Sig./Sig.ra (dati della persona assistita):

Nome e Cognome	
Data di nascita	
Grado di parentela con la persona assistita	

ALLEGATO A



PLUS ANGLONA COROS FIGULINAS
PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI



COMUNE DI OSILO
ENTE CAPOFILA



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARA

valendosi della facoltà concessagli dal DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate di essere caregiver/familiare di una persona affetta da Alzheimer e di voler partecipare alle attività previste dal progetto "Curarsi di chi si prende cura".

Allegare:

- Copia del documento di identità del caregiver/familiare

Luogo e data

Firma

ALLEGATO A