

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: \_\_\_\_\_

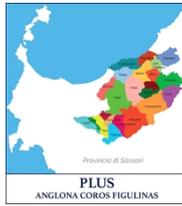
**Il sottoscritto/a (beneficiario dell'intervento):**

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**

---