

Spett.le UFFICIO DEL PIANO DI
ZONA
Ambito di Guidizzolo
per il tramite del COMUNE DI RESIDENZA

DOMANDA IN CONTINUITA' DI ACCESSO ALLA MISURA B2
Misura a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
DGR XII/3719 del 30/12/2024

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

diretto interessato

familiare grado di parentela _____

tutore nominato con decreto n. _____ del _____

amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

del sig. (Cognome e Nome)

_____ nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e- mail _____ codice fiscale _____

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA

- di aver beneficiato della Misura B2 nell'annualità 2023/2024 – D.G.R. 2033/2024, indicata precedentemente;
- di essere in possesso dei medesimi requisiti di accesso alla Misura B2, così come dichiarato nell'istanza di accesso ammessa alla misura nell'esercizio 2023/2024 – D.G.R. 2033/2024;
- di non essere beneficiario di sostegni incompatibili con la Misura B2 richiesta, così come specificati dal presente Avviso;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso pubblico che descrive i criteri di accesso ai sostegni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di essere a conoscenza che l'équipe di valutazione multidimensionale rivaluterà la mia situazione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che sono consapevole che l'ISEE in corso di validità rilasciato in data verrà acquisita d'ufficio. Qualora, dalla verifica effettuata dagli uffici competenti, non risultassi in possesso di tale dichiarazione o avesse difformità od omissioni, questa dovrà essere presentata presso i competenti uffici e/o integrata entro 30 giorni dall'accertamento, pena la decadenza della domanda.
- Il permanere del personale di cura familiare e/o regolamentato, come dichiarato l'anno precedente*;
- di confermare l'IBAN precedentemente comunicato per la ricezione dei pagamenti*;
- di aver verificato, con l'Assistente sociale comunale di riferimento, tutti i dati resi nell'anno precedente e di non rilevarne modifiche che possano alterare l'istanza in continuità.

***Laddove sia modificato il nominativo del personale familiare e/o regolamentato, oppure sia modificato l'IBAN è possibile darne comunicazione allegata a questa istanza.**

IL RICHIEDENTE
(firma leggibile)

DATA _____

IL SOTTOSCRITTO CONFERMA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI NONCHÉ DEI DATI PERSONALI DELLA PERSONA PER LA QUALE CHIEDE IL BENEFICIO PER LE FINALITÀ SOPRARIPORTATE, GIUSTO REGOLAMENTO UE 2016/679.

Luogo e data: _____

Firma _____