

## DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

(ai sensi della DGR DGR 7856/2018 Regione Lombardia – MISURA B2)

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

### IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno,  
 familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	

### CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente secondo quanto definito nell' "avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria

*volontà , tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto”.*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

- che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a è in possesso della certificazione di gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 oppure dell’indennità di accompagnamento, di cui alla L. 18/1980, come da documentazione allegata;
- che il buono sociale erogato a favore del/la beneficiario/a verrà utilizzato per sostenere le prestazioni di cura e supporto fornite da:

Cognome e nome dell’assistente personale assunto	
Data di inizio del rapporto di assistenza e monte ore settimanale	
Azioni-interventi-servizi offerti dall’assistente personale	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra.

In fede (firma)\_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_