**Domanda di partecipazione al Progetto “Anziani in famiglia”**

Il/la sottoscritto/a …........................................................................

nato/a a …......................................... prov. ….......... il …....../............/.....................

residente a …............................. prov. …........ via/piazza …................................................

telefono …............................................

Codice Fiscale ….......................................................................

in qualità di: □ familiare □ tutore □ amministratore di sostegno

del sig./sig.ra …......................................................................

nato/a a …......................................... prov. ….......... il …....../............/.....................

residente a …............................. prov. …........ via/piazza …................................................

telefono …............................................

Codice Fiscale ….......................................................................

CHIEDE

di partecipare al Progetto **“ Anziani in famiglia”** e a tal fine

DICHIARA

□ di assistere personalmente il proprio congiunto;

□ che l’assistenza viene garantita dal/la sig./ra …………………………………………, grado di parentela rispetto al/la beneficiario/a …………………………………….;

□ che l’assistenza viene garantita da un assistente familiare, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico;

□ che l’assistenza viene garantita da un assistente familiare, per il quale la famiglia si impegna a provvedere all’assunzione.

□ che il il/la sig./sig.ra ….............................................. ha un ISEE Socio Sanitario in corso di validità pari a €..………………………………, come risulta dall’attestazione allegata;

□ che il il/la sig./sig.ra ….............................................. non beneficia di altri servizi ed interventi a carico del Consorzio;

□ di aver preso visione e di accettare le condizioni del Progetto;

□ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Consorzio ogni variazione relativa alla condizione del/la beneficiario/a (aggravamenti, trasferimenti, ricoveri presso strutture residenziali, decesso, ecc.).

In caso di concessione, il contributo economico andrà versato tramite bonifico su c/c bancario o postale intestato a ...............................................................................

Codice IBAN ….......................................................................................

Data, …............................... Firma………………………………………………