



AMBITO TERRITORIALE DI ALTAMURA (Capofila)

Comuni di Altamura – Gravina in Puglia – Poggiorsini – Santeramo in Colle
SERVIZIO PIANO SOCIALE DI ZONA

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE -
FONDO CAREGIVER FAMILIARE 2024**

D.M. 08/01/2025 - D.G.R. n. 1092/2025. A.D. 1515/2025.

*AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI
CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE DISABILI GRAVISSIME NON AUTOSUFFICIENTI -
Anno 2024*

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome) _____ (Nome)

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ ()

Residente a _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Codice fiscale _____ Numero di telefono _____

Email _____ PEC _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo una tantum di € 500,00 di cui alla D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025, in qualità di caregiver familiare, ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205 (come testualmente riportato all'art 2 "Definizione di caregiver" dell'avviso pubblico, del Sig./Sig.ra

_____ Codice Fiscale _____ nato/a
_____ () il ____/____/____, residente a
_____ () in via/piazza
_____ n° _____;

DICHIARA

- di essere:
 - convivente non convivente della persona disabile assistita
- di avere un ISEE 2026 di € _____ dichiarazione Isee prot. n. _____ in corso di validità ;
- che la relazione di parentela o affinità con la persona disabile assistita è la

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Data _____

FIRMA
