**BONUS CAREGIVER**

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA (Fondo anni 2018 - 2019 - 2020)**

# **Al COMUNE DI PALERMO**

Servizio Sostegno alla Comunità,

Contrasto alla Povertà e Servizio Sociale

 U.O. Interventi per Disabili

Via F. Taormina, 1 – 90128 PALERMO

Tel. 0917409471 – 091421491

**ufficioh@comune.palermo.it**

Il/La sottoscritt ………..………………………………………………………………………………………

nat …. a ……………………………………………………………… il …….………………………..………

residente a ………………………………………………………….……………………… prov. ……………

via ………………………………………………………………………………………. n°…………………..

codice fiscale ……………………………………………………………………………………………….…..

tel.: ………………………………..…… e-mail …………………………………………………….…………

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

**CHIEDE**

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza come indicato dall’Avviso pubblicato in data …..

In qualità di **CAREGIVER**

Del/la Sig./ra …………………………………………………………………………………………………

Affetto/a da disabilità

 □ **GRAVE**

 □ **GRAVISSIMA** **valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016**

nat …. a ………………………………………………………………… il …….………………………..…… residente a ………………………………………………………….……………………… prov. …………..... via…………………………………………………………………………………………..n°………………... codice fiscale ……………………………………………………………………………………………..……..

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti**:**

* copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi agli anni 2018 – 2019 - 2020;
* fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
* Copia PDF/A Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale).**

per la persona con **“DISABILITA’ GRAVISSIMA”** valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016

dichiara che il **Patto di Cura è stato sottoscritto in data…………………………**

## DICHIARA

## Di avere svolto il ruolo di caregiver nell’ambito del triennio 2018 – 2019 - 2020 per i seguenti periodi:

* 2018 dal ……………………… al ………………………
* 2019 dal ……………………… al ………………………
* 2020 dal ……………………… al ………………………

**Dichiara inoltre**

**che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;** di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;

- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

- l’interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo;

- il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Palermo, nella persona del Dirigente del Servizio Innovazione Tecnologica, delegato dal Sig. Sindaco.

- il responsabile del trattamento dati personali è il dirigente del Servizio Persone con disabilità, Anziani e Fragili, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26;

- il responsabile protezione dati personali per l’Area Settore della Cittadinanza Solidale è il Capo Area Cittadinanza Solidale, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26."

 Luogo e data ……………………………….

 IL CAREGIVER

 ……..……………………………………….