



Comune di Isili



Provincia del Sud Sardegna
09056 Piazza San Giuseppe n.6
Tel. 0782/802013 Fax 0782/804469

Em Mail affarigenerali@comune.isili.ca.it Pec protocollo.isili@pec.it

ENTE GESTORE DEL PLUS SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO

Oggetto: dichiarazione CAREGIVER (assistente familiare) progetto “Ritornare a casa PLUS” – annualità 2025-2026.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in _____
via _____ codice fiscale _____,

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- di essere il caregiver del/lla Sig./sig.ra _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in via _____ n° _____, beneficiario del progetto
regionale “Ritornare a casa PLUS” anno 202_, per il periodo dal _____ al _____;

- di essere in possesso dei requisiti necessari previsti per il ruolo di caregiver dalla Deliberazione G.R. n. 5/38 del 29 gennaio 2025, relativo al Programma “Ritornare a casa PLUS” e, nello specifico, di accettare quanto richiesto nelle Linee di indirizzo annualità 2025-2026, di seguito riportato:

1. prendersi cura e assistere il familiare disabile;
2. essere convivente con il familiare disabile (requisito facoltativo);

- di impegnarsi a comunicare all'Ufficio di Servizio Sociale del proprio Comune di residenza ogni variazione in merito al progetto di cui trattasi.

Chiede, pertanto, la liquidazione del contributo in oggetto con decorrenza dal mese di _____ 202_.

Allegare copia del documento di identità in stato di validità del richiedente e del Beneficiario del Progetto.

(Luogo e data) _____

IN FEDE _____