

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE
DISABILITA' NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NELL'AMBITO DI SEREGNO-
MISURA B2 – DGR 7751/2022 ES. 2023**

Del Comune di _____

Ambito Territoriale di Seregno

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere ☐ M ☐ F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE (specificare grado di parentela) _____

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome e Cognome** _____

Nato a _____ il _____ genere ☒ M ☐ F

Residente a	CAP	Provincia
-------------	-----	-----------

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono):

Nome intestatario_____

Cognome intestatario_____

Codice fiscale intestatario_____

CHIEDE

☐ **per sé** ☐ **per la persona per la quale inoltra la domanda**

di avere accesso ad uno dei seguenti interventi di cui alla DGR 7751/2022 es. 2023

- ☐ Buono sociale caregiver familiare (allegare dichiarazione sostitutiva caregiver – ALLEGATO A)
- ☐ Buono sociale assistente personale (allegare contratto di lavoro)
- ☐ Buono sociale progetto di vita indipendente
- ☐ Voucher sociale minori con disabilità
- ☐ Voucher sociale adulti e anziani con disabilità

Luogo e data

Firma del dichiarante
