

**ALLEGATO A.1****Zona Distretto Versilia: Azione 3 - ampliamento del servizio di assistenza familiare - Progetto Help Service 3**

Il/La sottoscritto/a.....

CF.....

nato il .....a.....

residente in .....

recapito telefonico .....

E-mail.....

chiede l'accesso al contributo economico di sostegno alle spese per assistente familiare/badante - Progetto “Help Service 3”.

A tal fine dichiara che l'ISEE 2024 è pari a € .....

Dichiara altresì di essere a conoscenza che il contributo potrà essere erogato solo successivamente all'assunzione dell'assistente familiare/badante.

Si impegna a presentare entro il 31/01/2025 l'ISEE anno 2025, pena la sospensione del contributo.

In caso di Procuratore/Amministratore di Sostegno/Tutore indicare i dati anagrafici e di contatto e citare gli estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (data, numero, soggetto che ha emesso l'atto)

---

---

Data

---

---

Firma \*

---

---

\* (Allegare copia di valido documento di identità del beneficiario e in caso di rappresentanza provvedimento di nomina)

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 25/11/2024 13:25:53

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730