

ALLEGATO B

Zona Distretto Versilia: AZIONE 3 - AMPLIAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA FAMILIARE - Progetto HELP SERVICE

Il/La sottoscritto/a.....

nato ila.....

residente in

recapito telefonico

E-mail.....

in qualità di (rapporto di parentela o altro)

chiede l'accesso al contributo economico di sostegno alle spese per assistente familiare/badante -

Progetto "HELP SERVICE" per il/la sig./sig.ra

....., nato

il a residente in

.....

A tal fine dichiara che l'ISEE del sig./sig.ra (destinatario del contributo) è pari a €

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

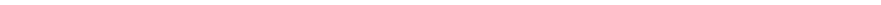
In fede.

Firma *

* (Allegare copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore e del beneficiario)



Regione Toscana



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: 07/12/2021 14:24:12

IMPRONTA: 30313035666637363664386139613233353436313531306631616531333131333230363939396134