

## ALLEGATO B

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

Il/La sottoscritto/a.....

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

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)



# 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: 303130356666373636643861396132333534363135313066316165313331313332303639396134*