

In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale



## Allegato F Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative- buono mensile per housing/cousing

### Il sottoscritto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che la persona per cui viene richiesta la misura

- è domiciliata, residente o ospite presso l'appartamento sito in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

In condivisione con (numero escluso il richiedente)

**Pertanto allega la dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale**

- sostiene le seguenti spese mensili per l'assunzione di assistenti personali o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi di natura sociale forniti dalla seguente azienda per cui la quota a carico del richiedente è pari a

Spese mensili	Numero di persone assunte	Forniti da	Quota carico del richiedente
			%

**Pertanto allega la documentazione relativa all'assunzione o al contratto di servizio e gli ultimi tre cedolini o fatturazione**

- di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a

Spese totali sostenute

- non risulta beneficiaria della misura reddito di autonomia disabili
- di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma (Misura C1-C2).

Luogo

Data

Il dichiarante