MODULO RENDICONTAZIONE CONTRIBUTO DEDICATO AL SOLLIEVO PROGRAMMATO IN AMBITO INTRAFAMILIARE (DOMICILIARE) PER CAREGIVER FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a

_____, in qualità di

caregiver familiare, riconosciuto/a come tale nel **PAI**, del/della Sig./Sig.ra

_____

☐ beneficiario/a
☐ in lista di attesa

del Progetto Distrettuale Disabilità Gravissima e/o SLA,

DICHIARA

di consegnare la seguente documentazione in merito all'annualità 2025:

- Copia del contratto di lavoro/ contratto con operatore economico;
- Copia polizza RCT;
- Copia della documentazione attestante di specifica abilitazione e/o formazione dell'operatore;
- Busta paga/ Fattura quietanzata;

CHIEDE

che le prestazioni previste dal suddetto contributo, erogato dal Comune di Latina in qualità di Comune Capofila del Distretto Sociosanitario LT2, vengano accreditate sul seguente conto corrente:

Cooperativa Sociale

Cooperativa sociale:

_____

Rappresentante legale:

_____

Sede legale: Via _____ **n.** _____

P.IVA/ C.F. _____

Persona fisica

Nome _____ **Cognome** _____

Data di nascita _____ **Luogo** _____

C.F.

Cointestatario eventuale:

Nome **Cognome**

Data di nascita **Luogo**

C.F.

Pertanto, **DELEGO** la stessa riscossione del contributo e riporto di seguito le coordinate bancarie:

Si allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento (carta d'identità e/o permesso di soggiorno e codice fiscale) del beneficiario;
- fotocopia del documento di riconoscimento (carta d'identità e/o permesso di soggiorno e codice fiscale) del Rappresentante Legale della Cooperativa Sociale o fotocopia del documento di riconoscimento (carta d'identità e/o permesso di soggiorno e codice fiscale) dell'intestatario e/o cointestatari del conto corrente, solo nel caso in cui sono diversi dal beneficiario e dal delegato.
- Attestazione titolarità conto corrente (documento della banca/posta che evidenzia il codice iban e l'intestatario)

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il sottoscritto

, autorizza il Distretto Sanitario Latina – l'Ufficio di Piano del Distretto Latina 2 e il Servizio Sociale Professionale del Distretto Latina 2 al trattamento dei dati personali presenti e dichiaro di essere informato che i dati raccolti dati saranno conservati Distretto Sanitario Latina – l'Ufficio di Piano del Distretto Latina 2 e il Servizio Sociale Professionale del Distretto Latina 2 all'interno dell'archivio cartaceo ed informatico e potranno essere utilizzati ad uso interno di detti Servizi e da eventuali Enti Gestori del servizio.
I titolari del trattamento dei dati sono i Servizi indicati.
La sottoscrizione della presente informativa ha valore di consenso al trattamento dei dati.
Data

Firma