

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER
ANZIANI, SOGGETTI FRAGILI, PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

DICHIARA

*consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,
ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000*

- di essere nato/a a _____ (____) il _____ C.F. _____
- di essere residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
 - di non essere familiare di un dipendente
 - di essere familiare del seguente dipendente:
Nome _____ Cognome _____ C.F. _____
Azienda privata denominata: _____
avente sede operativa a _____ (_____)
ISEE per l'anno 2025 del dipendente pari a euro _____ (facoltativo)
Componenti fragili all'interno della famiglia del dipendente n. _____
Dipendente solo/a con figli: SI ___ NO ___; Numero figli del dipendente tra 0 e 14 anni _____

CHIEDE

Di ricevere i seguenti "Family voucher" (numero ore di servizi da utilizzare durante il progetto):

- Noi per te:**
Servizi socio-assistenziali e mansioni di natura amministrativa **a domicilio** o presso specifici uffici, negozi, ecc: adempimenti presso uffici postali, acquisto della spesa e/o di farmaci, ecc
- Insieme a te:**
Accompagnamento in auto per lo svolgimento di specifiche attività: visite mediche, adempimenti presso uffici postali, ecc

Data _____

Firma _____

Si allega:

- Copia documento di identità