

**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