UNIONE MONTANA CATRIA e NERONE
AMBITO SOCIALE 3
ACQUALAGNA APECCHIO CAGLI CANTIANO FRONTONE PIOBBICO SERRA SANT'ABBONDIO

"ALLEGATO B" -DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE AL REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI PRESSO IL CIOF

__l__ sottoscritt__ _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nat___ a _____(___) il _____

residente a _____ (___) CAP _____ in via

_____ n. _____, telefono _____

In qualità di:
❒ beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2024
❒ richiedente il contributo per conto del beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2024, per __l__ sig_____

❒ altro (specificare)_____

DICHIARA CHE L'ASSISTENTE FAMILIARE, ASSUNTO CON REGOLARE CONTRATTO:

❒ **è iscritto** al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento;

❒ **non si è iscritto** al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento per la seguente motivazione:

_____

_____

Si impegna ad effettuare l'iscrizione entro e non oltre i 12 mesi di erogazione del Bando Assegno di Cura 2024.
È consapevole che l'iscrizione al registro è requisito previsto dalla DGR 328 del 2015.

Luogo e data_____

Il Richiedente _____
(firma leggibile)

L'assistente Familiare _____
(firma leggibile)