



## DISTRETTO PIANURA EST

Città Metropolitana di Bologna

Unione Reno Galliera (per i Comuni di Argelato, Bentivoglio, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Galliera, Pieve di Cento, San Giorgio di Piano, San Pietro in Casale), Unione Terre di Pianura (per i Comuni di Baricella, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Minerbio) e Comuni di Budrio, Castenaso, Molinella

Comune di Castenaso

**AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE  
SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI  
DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DELL'UNIONE RENO GALLIERA DIR N. 14 DEL 29.01.2026  
DOMANDA DI CONTRIBUTO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)**

Il sottoscritto/a, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:**

Nella sua qualità di:

- ☐ Figlio  
☐ Coniuge  
☐ Familiare (specificare \_\_\_\_\_)  
☐ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina \_\_\_\_\_)  
☐ Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**di (indicare di seguito i riferimenti del beneficiario del contributo)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cell. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

**fa istanza di assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari, in attuazione del progetto “Sostegno alle famiglie con assistenti familiari” inserito nel “Programma attuativo 2025 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale” e all’avviso approvato dall’Unione Reno Galliera in qualità di Ente capofila del Distretto Pianura Est**

A tal fine, ai sensi dell’art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA CHE IL DESTINATARIO**

1. ☐ è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
2. ☐ ha un’età superiore a 65 anni, con ridotta autonomia;  
**oppure**  
☐ ha un’età superiore a 18 anni con disabilità grave o non autosufficienza, come definite ai fini ISEE;
3. ☐ è in possesso di un valore ISEE 2026 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria calcolato secondo quanto previsto dall’art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità di € \_\_\_\_\_ (non superiore a € 35.000,00) rilasciato con attestazione ISEE Numero Protocollo INPS-ISEE \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;  
**oppure**  
☐ ha sottoscritto una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica): Numero Protocollo INPS-DSU \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;
4. è:  
☐ cittadino/a italiano;  
☐ cittadino regolarmente soggiornante di un Paese membro nell’Unione Europea;  
☐ cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità (permesso n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_; validità fino al \_\_\_\_\_);  
☐ cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea in possesso della ricevuta della richiesta di rinnovo presentata entro sessanta giorni dalla data di scadenza del permesso precedente.
5. ☐ non beneficia di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;
6. ☐ non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui: alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15.04.2011 e/o dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 101 del 15.05.2013 e/o alla delibera Azienda USL Bologna n. 238 del 05.07.2023;
7. ☐ nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, aveva un’Assistente Familiare con contratto di lavoro di almeno 25 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello C con profilo C super o livello D con profilo D super;

**DICHIARA ALTRESÌ**

generalità datore di lavoro:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di:

☐ Figlio del beneficiario ☐ Coniuge del beneficiario ☐ Familiare del beneficiario (specificare \_\_\_\_\_)

☐ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina \_\_\_\_\_) del beneficiario

☐ Altro (specificare \_\_\_\_\_)

generalità assistente familiare:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

generalità in merito al contratto ed alle prestazioni garantite al beneficiario

- ☐ l'entità dell'impegno previsto nel contratto di lavoro è commisurabile a numero di ore settimanali pari a \_\_\_\_\_ ;
- ☐ l'inquadramento del lavoratore nel livello \_\_\_\_\_ con profilo \_\_\_\_\_;
- ☐ l'attività di assistenza viene svolta a favore del beneficiario presso il domicilio del medesimo.

Che la spesa effettivamente sostenuta alla data di presentazione della domanda, riferita a prestazioni assistenziali erogate nelle mensilità per le quali si richiede il contributo ammonta a € \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**l'assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (Gennaio 2024 - Dicembre 2025 o periodo più breve se necessario).**

In caso di accoglimento dell'istanza il sottoscritto chiede che il contributo venga erogato tramite accredito su conto corrente intestato a \_\_\_\_\_ residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ presso (Posta o Banca) \_\_\_\_\_ con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB				CONTO CORRENTE											
I	T																							

Al fine di evitare eventuali disguidi, si raccomanda di allegare la stampa del codice IBAN.

### A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del destinatario e del richiedente se diverso dal destinatario;
- ☐ copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare nel quale dovrà essere indicato il numero di ore settimanali, il livello e il profilo;
- ☐ copia dei documenti contabili (fatture, buste paga, contributi INPS, ecc.) che attestino la spesa effettivamente sostenuta al momento della presentazione della domanda riferita a prestazioni assistenziali erogate nelle mensilità per le quali si richiede il contributo;
- ☐ solo per i cittadini non comunitari: copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o permesso di soggiorno non inferiore a un anno in corso di validità, oppure copia della ricevuta del pagamento effettuato.

### IL DICHIARANTE PRENDE ATTO CHE

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679:

- a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo all' "AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI PER LE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENTI FAMILIARI";
- b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;

- e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f]);
- f. il titolare del trattamento è il Comune di Castenaso e l'Unione Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

\_\_\_\_\_,  
Luogo

\_\_\_\_\_  
data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_