**Allegato 3)**

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE ASSEGNI DI CURA E VOUCHER - AMBITO TERRITORIALE S3 ex S5 “AZIENDA SPECIALE SELE INCLUSIONE” PROGRAMMA REGIONALE ASSEGNI DI CURA E VOUCHER FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024**

**DICHIARAZIONE D’IMPEGNO**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_ tel. /cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di **Caregiver**  del/la sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 e dal comma 3 dell'art. 11 del D.P.R. n. 403/1998 in caso di dichiarazioni false e mendaci;

**SI IMPEGNA FORMALMENTE**

1. di assumere un Assistente familiare con diritti e doveri stabiliti dalla legge e dal CCNL di riferimento.
2. di rendicontare eventuali altre tipologie di spese utilizzate a copertura totale o parziale dei costi che i beneficiari sostengono per l’acquisto di servizi o prestazioni sociali.

4 a presentare la documentazione giustificativa entro 10 giorni dal bimestre successivo alla data di pagamento.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**