



**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' NON AUTOSUFFICIENTI  
RESIDENTI NELL'AMBITO DI SEREGNO- MISURA B2 – DGR 2033/2024**

Comune di residenza del beneficiario:

- Barlassina
- Ceriano Laghetto
- Cogliate
- Giussano
- Lizzate
- Lentate sul Seveso
- Meda
- Misinto
- Seregno
- Seveso

Il/la sottoscritto/a:

In qualità di

- beneficiario diretto della misura
- richiedente per conto del beneficiario/ caregiver

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Genere	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residenza			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefono cellulare	Telefono fisso
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**RICHIEDE**

- Buono sociale caregiver familiare (allegare dichiarazione sostitutiva caregiver – ALLEGATO A)
- Buono sociale assistente personale (allegare contratto di lavoro)
- Buono sociale progetto di Vita Indipendente

PER SE STESSO

PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRO LA DOMANDA (se selezionato questo campo, è obbligatorio compilare la parte sottostante)

Cognome del beneficiario	Nome del beneficiario	Codice Fiscale del beneficiario	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Genere	Luogo e data di nascita	Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residenza provincia	Comune	Indirizzo	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

