

**B) ATTO DI DELEGA PER LA PRESENTAZIONE RICHIESTA ASSEGNO DI CURA**

**Spettabile Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale N27  
Via Raiola 42  
Castellammare di Stabia (NA)**

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

Domiciliato/a \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

Domiciliato/a \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE**

La richiesta di riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul FNA 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

Castellammare, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritta esprimo consenso al trattamento dei miei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al DLgs n. 196/2003.

Lì,

FIRMA

