

AMBITO TERRITORIALE VALLE BREMBANA



COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027

ALGUA - AVERARA - BLELLO - BRACCA - BRANZI - CAMERATA
CORNELLO - CARONA - CASSIGLIO - CORNALBA - COSTA SERINA - CUSIO
DOSSENA - FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA - LENNA - MEZZOLDI - MOIO
DE' CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE - ORNICA - PIAZZA
BREMBANA - PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO - SAN GIOVANNI
BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA - SERINA
TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA
VALTORTA - VEDESETA - ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

MODULO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PER BUONO SOLLIEVO – FNA B2 SERVIZI INTEGRATIVI DESTINATARI BENEFICIARI MISURA B2

All'Ambito Territoriale Valle Brembana

BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n° _____ Comune di _____

cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o Comune

di _____ in via _____ n° _____

Comune _____ Cap _____ Tel. _____

mail _____

RICHIEDENTE (se diverso dal beneficiario)

☐ Familiare convivente ☐ Familiare ☐ Altra persona di riferimento ☐ Centro antiviolenza Penelope

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n° _____ Comune di _____

cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o Comune

di _____ in via _____ n° _____

Comune _____ Cap _____ Tel. _____

mail _____

CHIEDE che venga erogato un buono sociale a favore del beneficiario a copertura delle spese sostenute per il ricovero di sollievo.

DICHIARA

- ☐ Che il beneficiario è stato ricoverato dal _____ al _____;
- ☐ Che il beneficiario è stato ricoverato presso la struttura _____;
- ☐ Di allegare pezza giustificativa relativa alle spese sostenute per il periodo di ricovero di sollievo, entro e non oltre il giorno 31 marzo 2026;
- ☐ Che il beneficiario è inserito all'interno della graduatoria "Misura B2 FNA 2024 esercizio 2025 – misura 1 (Buono sociale caregiver) o misura 5 (interventi di assistenza diretta)";
- ☐ Di rinunciare ad eventuale assegnazione di risorse a valere sul Bando "FNA– ESERCIZIO 2025 – MISURA B2 buono sociale caregiver", dovuto ad eventuale scorrimento di graduatoria.

RICHIEDE CHE

Il Buono venga erogato sul conto corrente della Banca/posta _____ intestato a:

Beneficiario ☐ Richiedente ☐

IBAN:

[illegible]

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;

Luogo e data _____

firma dell'assistente sociale

firma del richiedente
