



Allegato 5

DA PROTOCOLLARE AL COMUNE DI PIOLTELLO - UFFICIO DI PIANO

**DICHIARAZIONE MODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE e/o REQUISITI
DGR 3719/2024- MISURA B2**

Il/La sottoscritta/o _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ via _____

TEL. _____ CELL. _____

MAIL _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO ☐ FAMILIARE ☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ Via _____

DICHIARA

**che il beneficiario della misura _____ RIENTRA NELLE CAUSE DI REVOCA/
INCOMPATIBILITA' DEL CONTRIBUTO, PERCHE' HA perso i requisiti per l'erogazione della misura
previsti dai Criteri Distrettuali a causa di:**

☐ CAMBIO RESIDENZA DEL BENEFICIARIO IN ALTRA REGIONE IN DATA _____

☐ RICOVERO IN STRUTTURA A LUNGODEGENZA data ricovero: _____

☐ DECESSO DEL BENEFICIARIO DATA _____

☐ INTERRUZIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO DAL PAI PER UN PERIODO CONTINUATIVO SUPERIORE AI 60 GIORNI

INDICARE LA CAUSA _____

☐ RICOVERO DI SOLLIEVO NEL CASO IN CUI IL COSTO DEL RICOVERO SIA A TOTALE CARICO DEL FONDO SANITARIO REGIONALE

☐ RICOVERO DI SOLLIEVO DEL BENEFICIARIO ADULTO SUPERIORE A 60 GG PROGRAMMABILI NELL'ANNO, PER MINORI PER MASSIMO 90 GG

☐ VERIFICARSI DI UNA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA' PREVISTE DALLA DGR 3719/2024 _____

☐ PERDITA DEI REQUISITI PER L'ACCESO PREVISTE DAI CRITERI (SPECIFICARE) _____

☐ ALTRO: _____



Oppure che in data _____ sono state apportate le seguenti
modifiche al progetto così come previsto dal PAI:

- ☐ MODIFICA PROGETTO (specificare) _____
- ☐ VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA DA
N° ORE _____ A N° ORE _____
- ☐ ASSUNZIONE NUOVA BADANTE IN SOSTITUZIONE DELLA PRECEDENTE CON DECORRENZA _____;
- ☐ STIPULA NUOVO CONTRATTO BADANTE CON DECORRENZA _____
- ☐ CESSAZIONE CONTRATTO DI SERVIZIO CON LA COOPERATIVA _____ DAL _____
- ☐ VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE FORNITA DALLA COOPERATIVA
DA N° ORE _____ A N° ORE _____

**ATTENZIONE: COMUNICAZIONE PER RICOVERI DI SOLLIEVO A TOTALE CARICO DEL FONDO SANITARIO REGIONALE
NEL CORSO DELL'ISTANZA E ISTRUTTORIA**

DATA INIZIO RICOVERO _____

DATA DIMISSIONE RICOVERO _____

☐ ALTRO _____

**ALLEGARE I DOCUMENTI ATTESTANTI LE SITUAZIONI SOPRA ELENcate (ES NUOVO CONTRATTO DI LAVORO-
CERTIFICATO PERIODO DI RICOVERO- MODIFICA/CESSAZIONE CONTRATTO BADANTE, ECC..)**

1. _____
2. _____

Data _____

Firma _____

DA CONSEGNARE qualora si verifichi una delle situazioni previste dal regolamento relativamente a
modifiche del progetto di assistenza misura B2. Il modulo va inoltrato, anche da mail ordinaria,
all'indirizzo pec del Comune di Pioltello protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it.

*(Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa
sul Trattamento dei Dati Personali" Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Dgr 3719/2024 e nel Modulo Istanza)*