



“Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana assistita a domicilio, di norma ultrasessantacinquenne, non autosufficiente in stato di comprovata vulnerabilità. Periodo 2025 – 2026”

DGR n. 564 del 21/05/2025

CUP: C19G25000030009

MODULO DI ANNULLAMENTO DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO PRESENTATA ALLO SPORTELLO

All' Azienda Ulss n. _____ Distretto S.S.n. _____

Il/La sottoscritto/a:

| | | |
|------------------------------------|-------|--|
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA |
| COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV. | CODICE FISCALE (verifica struttura e coerenza) |

in qualità di:

- persona direttamente interessata
- Legale Rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004)
- delegato dall'anziano non autosufficiente richiedente il sussidio alla presentazione della domanda

per conto di (inserire i dati dell'anziano non autosufficiente per il quale si richiede il sussidio):

| | | |
|------------------------------------|-------|--|
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA |
| COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA | PROV. | CODICE FISCALE (verifica struttura e coerenza) |

CHIEDE L'ANNULLAMENTO

della domanda ID n. _____

del _____

Data

Firma

Alla presente si **allega fotocopia del/i documento/i di identità** in corso di validità:

- dell'anziano non autosufficiente
- del Legale Rappresentante e dell'anziano non autosufficiente
- del delegato e dell'anziano non autosufficiente