

Allegato 2

Dichiarazione di responsabilità/impegno all'uso conforme del “budget personale del caregiver familiare”

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Per quanto in precedenza indicato

SI IMPEGNA

ad utilizzare le risorse eventualmente erogate conformemente alle finalità previste dalla Legge Regionale n. 5/2024 art.7 (spese connesse alla cura della propria persona, al tempo libero, alla formazione e all'aggiornamento professionale presso centri autorizzati o accreditati dalla Regione Lazio) e quindi non per spese di cui viene esclusa l'ammissibilità (solo a titolo esemplificativo spese relative a giochi che prevedono vincite in danaro e/o altre attività connesse con le lotterie e le scommesse nonché quelle relative all'acquisto di super alcolici e di sostanze stupefacenti).

DICHIARA INOLTRE

di aver informato gli altri familiari coinvolti nella cura e nell'assistenza della persona interessata in merito alla presentazione della domanda, al riconoscimento del beneficio economico e alla sua percezione in qualità di Caregiver familiare.

Il beneficiario si impegna altresì a comunicare tempestivamente al Consorzio Comuni del Cassinate eventuali contestazioni, variazioni o situazioni di conflitto familiare che possano incidere sull'individuazione del Caregiver di riferimento o sulla permanenza dei requisiti per l'erogazione del contributo.

Luogo e data _____

Firma _____