



Allegato 1

INTERVENTO 1. BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE

Misura B2 – DGR 4138 del 21.12.2020

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CAREGIVER

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
residente ain via.....n.....
in qualità di (grado di parentela).....
C.F., documento d'identità n.
rilasciato da con scadenza.....
Tel. e.mail

DICHIARO

Consapevole che il Comune di residenza e l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale Est Milano, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

(BARRARE LE CASELLE CORRISPONDENTI ALLA SUA SITUAZIONE CON X)

☐ di essere familiare o parente convivente **anagraficamente** con il Sig.....
quale beneficiario del Buono Sociale - Intervento 1;

☐ **di essere occupato nella sua assistenza**

In qualità di:

☐ coniuge/convivente ☐ figlio/a/i ☐ padre
☐ madre ☐ fratello/sorella ☐ altro.....

☐ **di non avere** alcun riconoscimento **di invalidità**

☐ **di avere una invalidità** riconosciuta al.....% **dal**.....

☐ **di essere nella seguente condizione:**

☐ disoccupato ☐ casalinga ☐ pensionato
☐ cassaintegrato a zero ore ☐ mobilità ☐ inoccupato
☐ lavoratore part-time (max 24h) per un totale monte ore settimanali di

Luogo, data/...../..... Firma.....

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'