



**Allegato 1**

**INTERVENTO 1. BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE**

**Misura B2 – DGR 5791 del 21.12.2021**

**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CAREGIVER**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il.....  
residente a .....in 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'**