



**Misura 1 a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza**

**Misura B2 – DGR 5940 del 05.12.2016**

**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER**

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.....

**DICHIARO**

Consapevole che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà 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.

di essere familiare o parente convivente anagraficamente con il Sig.....  
quale beneficiario della misura 1;

Specificare il grado di parentela:

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

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

di avere una invalidità riconosciuta al.....%

di essere occupato nella sua assistenza e di essere nella seguente condizione:

( barrare la casella corrispondente )

- disoccupato                               casalinga                               pensionato  
 cassaintegrato a zero ore                       mobilità                               lavoratore part-time ( max 20h )

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

Firma.....

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'