Misura 1 a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza
Misura B2 – DGR 2883 del 12.12.2014

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'