



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

**Misura B2 – DGR 7856 del 12.02.2018**

**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'