

**Ufficio di Piano
del Distretto Sociale Paullese**

Misura B2 2020 – DGR XI / 2720 / 2019

Buono sociale a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER

Il/La sottoscritto/a.....
nato/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 nr. 1;

Specificare il grado di parentela:

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

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

Oppure 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'