

Al Comune di
e.p.c. L'Ufficio di Piano
del Distretto Sociale Paullese

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2026
EX MISURA B2 - ANNO 2026-2027
AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER

Io sottoscritto/a.....
nato/a..... Prov. di il.....
residente ain via.....n.....
C.F. documento d'identità n.
rilasciato dal con scadenza.....

In qualità di:

- ☐ coniuge / convivente ☐ figlio / figlia ☐ padre ☐ madre
☐ fratello / sorella ☐ altro.....

DICHIARO

Consapevole che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a 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 beneficiario della Misura
..... (cognome e nome del beneficiario)
e di essere occupato nelle sue cure ed assistenza giornaliero.

DICHIARO INOLTRE

☐ di non avere alcun riconoscimento di invalidità

oppure

☐ di avere una invalidità riconosciuta al% (non superiore al 75%)

e di essere nella seguente condizione (barrare la casella corrispondente):

- ☐ disoccupato ☐ casalinga ☐ pensionato
☐ cassaintegrato a zero ore ☐ mobilità ☐ lavoratore part-time per numero di ore ____

AUTORIZZA

ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 nonché del Regolamento (UE) 2016/679 (GPDR), il trattamento dei propri dati personali, nonché di autorizzare il Comune di Peschiera Borromeo, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

Luogo, data

Firma.....

Allegare copia del documento di identità