

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

Misura B2 2025 – DGR 3719 / 2024
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 B2
..... (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 (max 20h)

Luogo, data

Firma.....

- Allegare copia del documento di identità