

Ufficio dei Servizi Sociali

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BONUS CAREGIVER

Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare dei **DISABILI GRAVISSIMI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUITVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a Prov. il e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Rec. Tel. e E-mail

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, in relazione alla richiesta del beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus *Caregiver* familiare 2021.

**DICHIARA**

Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato riconosciuto disabile gravissimo, ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, e che il Patto di Cura è stato firmato con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente