



Al Comune di _____

Ufficio dei Servizi Sociali

BONUS CAREGIVER

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato
 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 (fondo anni 2018 – 2019 – 2020),

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