

Al Comune di .....  
epc L'Ufficio di Piano  
del Distretto Sociale Paullese

**Misura B2 – DGR 7856 del 12.02.2018**

**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  
 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'*