

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.445/2000)**

Oggetto: dichiarazione relativa alla sottoscrizione del Patto di cura per caregiver familiare dei DISABILI GRAVISSIMI

Il/la sottoscritto/a _____ nato

a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ 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, al fine di essere ammesso al beneficio economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus Caregiver familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020),

DICHIARA

di avere sottoscritto il patto di cura, presso l'ASP 5 di Messina territorialmente competente ,per il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____, il _____, residente a _____, riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M. 26 settembre 2016, relativamente ai seguenti anni (barrare casella interessata):

- 2018
- 2019
- 2020

Allega alla presente:

Copia documento di riconoscimento in corso di validità

Addi _____

Firma del richiedente