

DICHIARAZIONE

Al Comune di _____

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

tel. _____ e mail _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47,75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in qualità di persona affetto/a da disabilità

GRAVE art. 3 comma 3 L. 104/92 o invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/80

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art.3 del D.M. del 26/09/2016;

DICHIARA CHE IL PROPRIO CARE GIVER E' IL SIG/SIG.RA

Nome e cognome _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Il sig./sig.ra _____ ha svolto il ruolo di caregiver nell'anno 2022 dal _____ al _____.

Luogo e data _____

L'ASSISTITO
