



- Carpiano
- Cerro al Lambro
- Colturano
- Dresano
- Melegnano
- San Donato Milanese
- San Giuliano Milanese
- San Zenone al Lambro
- Vizzolo Predabissi

AL COMUNE DI _____

**Fondo per la non autosufficienza a persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
residenti nei Comuni del Distretto Sociale Sud Est Milano – n.5791/2021
(misura B2)**

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a..... il.....
residente ain 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 B2;

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 25h)

Le posizioni lavorative autodichiarate (cassa integ, disoccupazione, casalinga, ecc) verranno, in fase di istruttoria, verificate tramite l'eventuale richiesta di documentazione comprovante la situazione da parte delle assistenti sociali.

Luogo, data/...../.....

Firma.....

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'