



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

Misura 1 a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza

Misura B2 – DGR 5940 del 05.12.2016

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER

Rif. Delibera ADdS n.4 del 28.02.2017

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 1 in qualità di (barrare la casella corrispondente):

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge/convivente | <input type="checkbox"/> figlio/a/i | <input type="checkbox"/> ambedue i genitori | <input type="checkbox"/> padre |
| <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> cugino/a | <input type="checkbox"/> nuora/genero |
| <input type="checkbox"/> cognato/a | <input type="checkbox"/> zio/a | <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> altro _____ |

di essere occupato nella sua assistenza e di essere nella seguente condizione (barrare la casella corrispondente):

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> disoccupato | <input type="checkbox"/> casalinga | <input type="checkbox"/> pensionato |
| <input type="checkbox"/> cassaintegrato a zero ore | <input type="checkbox"/> mobilità | <input type="checkbox"/> lavoratore part time (max 25 ore) |

di non essere invalido al 100%

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

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120267 - 0295120279 - 0295129229 - Fax. 02 95738621

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - gmade@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

**Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate**

Firma.....

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120267 - 0295120279 - 0295129229 - Fax. 02 95738621

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - gmade@comune.melzo.mi.it