



**Ambito
Distrettuale
Visconteo
Sud Milano**



Comune di
Zibido San Giacomo

**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CAREGIVER FAMILIARE
(Misura B2 - D.G.R. n. 5791 del 21.12.2021)**

All. B

Il /la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____, il _____, sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Documento di identità n. _____

rilasciato da _____

con scadenza il _____

DICHIARA

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/la Sig./Sig.ra:

Specificare il grado di parentela:

coniuge/convivente

padre

fratello/sorella

figlio/a/i

madre

altro _____

Barrare la casella dello stato corrispondente:

di avere una invalidità riconosciuta pari
al _____ %

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

- Di essere occupato nella sua assistenza;

- Di essere nella seguente condizione:

disoccupato

casalinga

pensionato

cassaintegrato a zero ore

mobilità

lavoratore part-time (max 25 h)

Luogo e data _____ Firma _____