

Dichiarazione del Disabile/Soggetto non Autosufficiente

e/o

Tutore/Amministratore di Sostegno

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



ASP n° 2



Comune capofila - San Cataldo

Piazza Papa Giovanni XXIII° - SAN CATALDO – Fax. / Tel. 0934/511203 – Tel. : 0934/511235

Sito Internet: www.comune.san-cataldo.cl.it

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM AL CAREGIVER

PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA

D.R.S. 1647 DEL 19/06/2023

Fondo F.N.A. Stato – Annualità 2021

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ N. _____

Codice Fiscale: _____

Recapito Telefonico _____ E.Mail _____

visto l'Avviso Distrettuale "Per la presentazione dell'istanza per l'accesso al contributo economico, una tantum, concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza a disabili gravi e gravissimi - D.R.S. n. 1647 del 19/06/2023 - Anno 2021"

In qualità di:

- Soggetto affetto da disabilità grave/non autosufficienza;
- Tutore/Amministratore di Sostegno del soggetto affetto da disabilità/non autosufficienza;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

Che il/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ ricopre il ruolo di Caregiver familiare, ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27/12/2017.

Allega alla presente il documento di riconoscimento in corso di validità e se Tutore o Amministratore di Sostegno, il relativo provvedimento di nomina.

IL DICHIARANTE
