



Allegato 1

INTERVENTO 1. BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE

Misura B2 – DGR 7751 del 28.12.2022

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CAREGIVER

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.....
Tel. e.mail

DICHIARO

Consapevole che il Comune di residenza e l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale Est Milano, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno 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.

(BARRARE LE CASELLE CORRISPONDENTI ALLA SUA SITUAZIONE CON X)

di essere familiare o parente convivente **anagraficamente residente** con il Sig.....
..... **quale beneficiario del Buono Sociale caregiver - Intervento 1;**

di essere occupato nella sua assistenza

In qualità di:

coniuge/convivente figlio/a/i padre
 madre fratello/sorella altro.....

di non avere alcun riconoscimento **di invalidità**

di avere una invalidità riconosciuta al.....% **dal**.....

di essere nella seguente condizione:

disoccupato casalinga pensionato
 cassaintegrato a zero ore mobilità inoccupato
 lavoratore part-time (max 24h) per un totale monte ore settimanali di

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

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'