

**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](http://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. 1528 DEL 06/09/2022**

**Fondo F.N.A. Stato – Annualità 2018/2019/2020**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ E.Mail \_\_\_\_\_

visto l'Avviso Distrettuale "CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM AL CAREGIVER PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA D.R.S. 1528 DEL 06/09/2022 - Fondo F.N.A. Stato – Annualità 2018/2019/2020"

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

\_\_\_\_\_