



**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CAREGIVER FAMILIARE**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il.....  
residente a .....in via.....n.....  
in qualità di (grado di parentela).....  
C.F. ...., documento d'identità n. ....  
rilasciato da ..... con scadenza.....

**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

Sig..... ;

Specificare il grado di parentela:

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

di non avere alcun riconoscimento di invalidità

di avere una invalidità riconosciuta pari al.....%

di essere occupato nella sua assistenza e di essere nella seguente condizione:

(barrare la casella corrispondente)

- disoccupato       casalinga       pensionato  
 cassaintegrato a zero ore       mobilità       lavoratore part-time (max 25 h)

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

Firma.....

**ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**