

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.445/2000)**

**Oggetto: dichiarazione relativa alla sottoscrizione del Patto di cura per caregiver familiare dei DISABILI GRAVISSIMI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, al fine di essere ammesso al beneficio economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus Caregiver familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020),

**DICHIARA**

di avere sottoscritto il patto di cura, presso l'ASP 5 di Messina territorialmente competente, per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M.

26 settembre 2016, relativamente ai seguenti anni (barrare casella interessata):

- ☐ 2018  
☐ 2019  
☐ 2020

Allega alla presente:

Copia documento di riconoscimento in corso di validità

Addì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente