



MODULO DI INDIVIDUAZIONE DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE/GRAVISSIMO PER TUTTI LE PRESTAZIONE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA E FONDO CAREGIVER FAMILIARE

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Cognome _____ Nome _____
luogodinascita _____ datadinascita _____
Indirizzo _____ tel. _____
Comunediresidenzaassistito/a _____

Disabile: Grave giusta provvedimento del _____
 Gravissimo giusta provvedimento del _____

DICHIARA

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

**CHE IL PROPRIO CAREGIVER AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33
COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92**

è il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____

luogodinascita _____ datadinascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Allegare documento identità in corso di validità di caregiver e disabile.

In fede,
Il disabile(data e firma)

Il caregiver (data e firma)