****

**Comune di Gessate**

**Città Metropolitana**

**Settore Servizi Sociali**

**Comune di Gessate**

**Mail:** [**servizisociali@comune.gessate.mi.it**](mailto:servizisociali@comune.gessate.mi.it)

**Pec:** [**comune.gessate@legalmail.it**](mailto:comune.gessate@legalmail.it)

**Misura nr. 1 a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza**

**Misura B2 – DGR XI/5791 del 21.12.2021**

**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI CARE GIVER**

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…………………………………………………………………………….

**DICHIARO**

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.……………….……………………………………………………………….quale beneficiario della misura nr. 1;

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 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 25h)

 astensione lavorativa ai sensi della L. 104/92

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

Firma.............................................................

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'