

ALL. F)

Al Distretto Socio Sanitario n.27
c/o l'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

DICHIARAZIONE (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
DISABILI GRAVISSIMI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato

a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

di avere sottoscritto/ riattualizzato il patto di cura, relativamente all'annualità 2022, per il sig. /sig.ra

_____ nato/a a _____, il _____, residente a _____, riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M. 26 settembre 2016.

Allega alla presente:

Copia documento di riconoscimento in corso di validità

Addì _____

Firma del richiedente

