

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (_____) il ___/___/___,

residente a _____ (PROV. _____) in _____ n° _

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di essere stato CAREGIVER FAMILIARE

(indicare il grado di parentela) _____ del **disabile gravissimo** :

Cognome e nome _____

nato a _____ (_____) il ___/___/___,

residente a _____ (PROV. _____) in _____ n° _

per gli anni 2018 2019 2020

come da patto di cura depositato agli atti dell'ASP 1 di Agrigento

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.