

# 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.