

**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 dei 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 2021, 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