



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

AUTOCERTIFICAZIONE INDICAZIONE DEL CAREGIVER FAMILIARE (escluso per i caregiver dei disabili deceduti)

IL SOTTOSCRITTO/A , _____

NELLA QUALITA' DI:

- ☐ **DISABILE GRAVE**
- ☐ **DISABILE GRAVISSIMO**

Oppure

- ☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, TUTORE O ALTRO**
(specificare) _____

Oppure

Per i minori

- ☐ **GENITORE**, (o chi detiene la responsabilità genitoriale/patria potestà)
(Specificare) _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

CODICE FISCALE _____

MAIL _____ TEL _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

INDICA

QUALE PROPRIO CAREGIVER FAMILIARE:

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

CODICE FISCALE _____

MAIL _____ TEL _____

Data

Firma