Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Pavia
ASST Pavia

RICHIESTA ACCESSO Fondo caregiver familiare esercizio 2021

ai sensi della DGR XI/4443/2021

SOLO per le persone già beneficiarie della Misura B1

Il/la sottoscritto/a _____ *(nominativo)*

nato/a a _____ prov. (_____) il _____/_____/_____

residente a _____ prov. (_____)

in qualità di

- ☐ diretto interessato
- ☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
  - ☐ in via esclusiva
  - ☐ in modo congiunto
- ☐ altro _____ (specificare)

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al Fondo caregiver familiare esercizio 2021 a favore:

- ☐ di me stesso/a
- ☐ del/la sig./sig.ra _____ (nominativo beneficiari B1)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

che è presente un caregiver familiare come indicato nell'istanza già agli atti istruttori della ASST di riferimento.

_____ _____

data firma del dichiarante*

* allegare copia documento identità se non già agli atti istruttori della ASST