

RICHIESTA ACCESSO Fondo caregiver familiare esercizio 2021

ai sensi della DGR XI/4443/2021

per le persone beneficiarie della Misura B2

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo)
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____
residente a _____ prov. (____)
in qualità di CARE GIVER di :

_____ (Cognome e Nome del Beneficiario della Misura B2)

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA
DEL CAREGIVER FAMILIARE - esercizio 2021 a favore di me stesso/a

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

di svolgere il ruolo di caregiver familiare per tre mesi consecutivi dalla data di presentazione della domanda Misura B2 dell'esercizio FNA 2021.

data _____

firma del dichiarante* _____