Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

ASST Brianza
ASST Lecco
ASST Monza

RICHIESTA ACCESSO
FONDO CAREGIVER ESERCIZIO FAMILIARE (esercizio 2021)

ai sensi della DGR XI/4443/2021

SOLO per le persone già beneficiarie della Misura B1

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____nome_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

residente a _____ prov. (_____)

in via_____n._____

tel._____e.mail_____

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** ai sensi DGR 4443/2021 a favore:

☐ di me stesso/a

☐ del/la sig./sig.ra _____ (nominativo beneficiario 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.

_____ _____

Luogo e data firma del dichiarante(*)

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