ALLEGATO 2 – AUTOCERTIFICAZIONE CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____
residente a _____
in via /piazza _____ n. _____
recapito telefonico _____
in qualità di caregiver del beneficiario

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO DELLA MISURA

COGNOME E NOME:

NATO/A A:

DATA DI NASCITA:

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità degli atti sono puniti ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di assistere il beneficiario per più di 14 ore giornaliere;
- indica la seguente articolazione oraria e settimanale per l'assistenza fornita al beneficiario:

Giorno	Ora
Lunedì	Dalle _____ alle _____
Martedì	Dalle _____ alle _____
Mercoledì	Dalle _____ alle _____
Giovedì	Dalle _____ alle _____
Venerdì	Dalle _____ alle _____
Sabato	Dalle _____ alle _____
Domenica	Dalle _____ alle _____

- di essere consapevole che l'Ufficio di Piano e/o il Comune di residenza potrà effettuare a campione dei controlli anche al domicilio per la verifica di quanto autocertificato.

.....
Luogo e data

.....
Firma