

**Autocertificazione del Caregiver ai sensi del D.P.R. 445/00  
Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (obbligatorio) cell. \_\_\_\_\_

**in qualità di caregiver**

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In condizione di disabilità gravissima, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3,

**dichiara**

che l'accredito dell'assegno di cura e sostegno per persone affette da disabilità gravissima, annualità 2017, avvenga sul c/c:

- Postale n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_
- Bancario n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Allego copia del documento di identità.

**Il Dichiarante**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

