

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
ASSISTENZA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
PER RICHIESTA MISURA B2**

I sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
residente a _____ Via _____
carta identità n. _____ rilasciato da _____
in data _____ n. telefono _____
eventuale indirizzo di posta elettronica _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

di prestare assistenza attiva al/alla Sig/a _____
per un totale di _____ ore giornaliere.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16.

Luogo e data _____

Firma

La firma non deve essere autenticata.

La presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000).

Si allega copia documento d'identità in corso di validità