



**ALLEGATO B**

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N. 12  
DI: \_\_\_\_\_**

**DGR n. 564/2023  
Fondo CAREGIVER FAMILIARE  
Domanda contributo  
Dichiarazione sostitutiva  
(artt. 46, 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale.....  
Tel. ....Cell. ....email:.....  
PEC.....

*PRESA visione della DGR n. 564 del 28/04/2023 recante: "Decreto 17/10/2022 del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali - Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l'anno 2022. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali".*

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

- di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_ dalla Commissione Sanitaria Provinciale della Area Vasta n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;

