

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA
DEL CAREGIVER FAMILIARE (ASSISTENZA INDIRETTA)**

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

La/il sottoscritta/o _____, nata/o a _____
il _____ residente a _____ () in Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci,
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR 445/2000;
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR 445/2000,

DICHIARA

- di essere residente in Basilicata;
- di prestare assistenza diretta al proprio familiare e di essere, quindi, *caregiver familiare* ai sensi della L. n. 205 del 27 dicembre 2017;
- di far parte della famiglia anagrafica della persona che necessita di assistenza, di essere quindi convivente come risultante dallo stato di famiglia in data antecedente la pubblicazione del presente avviso;
- che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto:

<i>n.</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Rapporto parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679) - e del Codice della privacy italiano, come modificato dal D.Lgs 101/2018, i dati personali forniti dal richiedente saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Matera lì, _____

La/Il dichiarante
