

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE ASSISTENZA A PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO CARICO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO ESERCIZIO 2025

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____

Telefono _____ email _____

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

In qualità di (indicare il legame di parentela) _____ di

prestare ASSISTENZA ATTIVA (assistenza nella cura della persona, cura dell'igiene ambientale, spesa,

disbrigo pratiche “amministrative”, trasporto, ecc.) a

_____ per un totale di:

- 3 ore giornaliere;
- 4 ore giornaliere;
- 5 ore giornaliere;
- 6 ore giornaliere;
- 7 ore giornaliere;
- 8 ore giornaliere;
- 9 ore giornaliere;
- 10 ore giornaliere;
- 11 ore giornaliere;
- 12 ore giornaliere.

Dichiara altresì di

- NON SVOLGERE ALCUNA ATTIVITÀ LAVORATIVA
- SVOLGERE ATTIVITÀ LAVORATIVA PER UN TOTALE DI:
 - 3 ore giornaliere;
 - 4 ore giornaliere;
 - 5 ore giornaliere;
 - 6 ore giornaliere;
 - 7 ore giornaliere;
 - 8 ore giornaliere;

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

Firma _____

Data

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