****

**Allegato 2**

**Oggetto: dichiarazione dell’assistito o del suo amministratore di sostegno, tutore o curatore, di individuazione del caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico (art. 3 c. 3 Bando Regione Campania)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in qualità di:

 TUTORE

 CURATORE

 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

 ASSISTITO

Nato/a il a Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza n° Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# INDICA

Nome e cognome

Codice Fiscale

Luogo di nascita data di nascita

Residenza via CAP

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia

# in qualità di caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico.

Luogo e data

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall’art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75, comma 1 del medesimo DPR.*