



AMBITO TERRITORIALE N32 – REGIONE CAMPANIA
COMUNE CAPOFILA SANT'ANTONIO ABATE
UFFICIO DI PIANO tel. 0813623712 PEC: protocollo.comunesantantonioabate@pec.it

Allegato B

Oggetto: Consenso per la presentazione dell'istanza per l'accesso al beneficio economico a favore del caregiver familiare di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D. P. R. 28/12/2000 n. 445, dichiara di essere:

nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ email: _____

in qualità di soggetto con disabilità grave/gravissima autorizza

il/la sig/ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ email _____

a presentare l'istanza per l'accesso al beneficio economico a favore del caregiver familiare di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima presso l'Ambito Territoriale N32, ai sensi del DGR 124/2021.

Luogo e data _____

Firma
