**POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – ASSE II - PRIORITÀ 9 IV**

**OBIETTIVO SPECIFICO 9 - AZIONE 9.3.6.**

**PIANO PER L’EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 DELLA REGIONE CAMPANIA**

**(DGR N. 170 del 7 aprile 2020 - DGR N. 171 del 7 aprile 2020)**

***Misura 8 Bonus rivolti alle persone con disabilità Non coperte dal fondo non autosufficienti***

**Dati del destinatario**

Nome cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genere F/M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Genitore/tutore del minore/ amministratore di sostegno (*se applicabile*)**

Nome cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* che in ragione delle misure restrittive di contenimento dell’emergenza COVID 19, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare Nome, Cognome e CF del caregiver), in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha svolto la seguente prestazione assistenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.*