



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.*