

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R del 28 Dicembre 2000 n.445 e s.m.i)**

DA COMPILARE DA PARTE DELLA PERSONA ASSISTITA **SOLO SE MAGGIORENNE e se il consenso può essere acquisito :**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_)

via/piazza\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di assistito

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R del 28 Dicembre 2000 n.445 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici evntualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R 445/2000 e s.m.i sotto la propria resposabilità

**DICHIARA**

✓ di prestare il proprio consenso ad essere assistito dal sig/sig.ra  
 \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_  
 residente \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_  
 CF: \_\_\_\_\_ in qualità di proprio caregiver e di essere  
 consapevole che il contributo concesso è finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di  
 assistenza (DPCM del 27 Ottobre 2020, in attuazione dell'art. 1 della legge n.205/2017).

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n°196 e del GDPR (regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/ la Dichiarante

\_\_\_\_\_ (\* Firma per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del D.P.R 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento

di identità del dichiarante, all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato all'ufficio protocollo del comune di residenza.