

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO MINORI TRA I 12 E I 17 ANNI DI ETÀ**

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura/Potenziamento Assistenza Domiciliare per persone affette da disabilità gravissima;  
 Genitore;  
 Tutore/Amministratore di sostegno;  
 Care giver.

**(COMPILARE SOLO SE L'ALLEGATO E' PRESENTATO DA PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO)**

**richiedente per conto di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

**DICHIARA**

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra \_\_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

è il seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
|                |                  |                 |                       |

Firma

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