



**DISTRETTO**  
**SOCIOSANITARIO N° 17**

**COMUNI DI: Calatabiano - Castiglione di Sicilia - Fiumefreddo di Sicilia – Linguaglossa –  
Mascali – Milo - Piedimonte Etneo – Riposto - Sant’Alfio.**

*Ente Capofila: Comune di Giarre*

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI  
CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020)**

**Dichiarazione del disabile**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di soggetto affetto da disabilità, visto l'avviso *Contributo economico una tantum per il  
sostegno al ruolo di cura e di assistenza - bonus caregiver (fondo anni 2018-2019-2020)*, a tal fine,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da  
dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000,

**DICHIARA**

che il signor \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ricopre il ruolo di caregiver familiare.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_