

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19-38-47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

del genitore / tutore / affidatario / *caregiver* / familiare convivente del minore disabile grave

Il/la sottoscritto/a:

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita |
|-------------------|-------|-----------------|
|                   |       |                 |

| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo |
|---------------------|-------|-----------|
|                     |       |           |

| Recapito telefonico | e-mail |
|---------------------|--------|
|                     |        |

consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, ai fini di ottemperare a quanto previsto dalle vigenti disposizioni in tema di vaccinazione anti Covid-19 per le persone in condizione di elevata fragilità e per i familiari conviventi e *caregiver* dei soggetti fragili,

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità

di essere:

|                                   |                                 |                                      |   |  |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> genitore | <input type="checkbox"/> tutore | <input type="checkbox"/> affidatario | <input type="checkbox"/> <i>caregiver</i> | <input type="checkbox"/> familiare convivente: _____ |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|

e di prendersi cura, di assistere e supportare nei momenti di malattia e di difficoltà il seguente minore in condizione di disabilità grave riconosciuta, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/92, dalla Commissione Medica dell'ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita |
|-------------------|-------|-----------------|
|                   |       |                 |

| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo |
|---------------------|-------|-----------|
|                     |       |           |

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

- si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.