

<b>MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER ASSISTENZA FAMILIARE</b>
---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in  
atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARO DI ASSISTERE**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

- ☐ al quale sono stati concessi i benefici di cui alla legge 104/92;
- ☐ per il quale si allega il verbale di invalidità al 100%.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)