



POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – ASSE II - PRIORITÀ 9 IV

OBIETTIVO SPECIFICO 9 - AZIONE 9.3.6.

PIANO PER L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 DELLA REGIONE CAMPANIA

(DGR N. 170 del 7 aprile 2020 - DGR N. 171 del 7 aprile 2020)

Misura 8 Bonus rivolti alle persone con disabilità Non coperte dal fondo non autosufficienti

Dati del destinatario

Nome cognome _____

Genere F/M _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza via _____

CAP _____ Città _____ PR _____

Genitore/tutore del minore/ amministratore di sostegno (se applicabile)

Nome cognome _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

che in ragione delle misure restrittive di contenimento dell'emergenza COVID 19, _____
(indicare Nome, Cognome e CF del caregiver), in qualità di _____, ha svolto la
seguinte prestazione assistenziale _____

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall'art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo DPR.

COMUNE DI NOLA
Comune di Camposano, prot. n. 0014230 210 (art. 1 del L. 162/2020)
Allegato 1 - Copia Documento