

Piano emergenza socio-economica Covid-19 della regione Campania – Bonus rivolti alle persone con disabilità non coperte dal fondo non autosufficienti.

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____, nato il ____/____/____
 a _____, e residente a _____
 prov. _____ in via _____ n. _____,
 codice fiscale: _____

Il tutore

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il ____/____/____
 Prov. _____ Residente _____ () VIA _____,
 Codice fiscale _____ padre/madre/ _____ del beneficiario
 Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ Prov. _____
 Residente _____ () VIA _____, Codice fiscale _____

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

- La sussistenza della disabilità come da verbale rilasciato da _____ in data _____
- Che il proprio codice IBAN BANCARIO Intestato a _____ in qualità di genitore tutore amministratore di sostegno è il seguente

Paese	Chek	Ci n	ABI	CAB	N.CONTO

_____ li, _____

FIRMA

