

# 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"/> caregiver	<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.