***Modello B)***

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,

in qualità di □ interessato

* rappresentante legale degli interessi
* richiedente la rappresentanza legale degli interessi

DICHIARA

Che il nucleo familiare del beneficiario INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA’ GRAVISSIMA (Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017), risulta composto da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Cognome e Nome** | **Luogo** | **Data nascita** | **Grado parentela** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

Luogo e data

# Il Dichiarante

Informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.