



**Comunità Montana
Valsassina - Valvarrone - Val d'Esino e Riviera**
Via Fornace Merlo, 2
23816 Barzio (Lecco)
C.F. 01409210133

Servizi alla Persona

Tel. 0341 911808
Fax. 0341 911640
Mail : serviziapersona@valsassina.it
PEC : cm.valsassina@pec.regione.lombardia.it



Conciliazione Vita-Lavoro



Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE –
Servizi anziani o persone con disabilità**

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

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Parente entro il _____ grado del/della Sig./Sig.ra _____, per cui si richiede l'accesso al voucher conciliazione.

DICHIARA DI ESSERE:

Lavoratore dipendente:

denominazione della Ditta _____

sita in _____ Via _____

Tel. n° _____ e-mail _____

con contratto di lavoro:

a tempo determinato con scadenza il _____

a tempo indeterminato con la qualifica di _____

con orario di lavoro:

a tempo pieno _____

a tempo parziale _____ n° di ore settimanali _____

Lavoratore autonomo:

tipo attività _____

codice P. IVA. _____

Dichiara di essere il caregiver¹ del/della Sig./Sig.ra _____, per cui si richiede l'accesso al voucher conciliazione.

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del T.U. n. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità.

Ai sensi di quanto stabilito dal d.lgs. 196/2003 il sottoscritto dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali in relazione alla domanda di accesso al voucher conciliazione.

(luogo), _____

F I R M A

(data), _____

¹ "Colui che si prende cura" e si riferisce a tutti i familiari che assistono un proprio congiunto anziano e/o con disabilità.