****

**ALLEGATO 1**

**Oggetto: Formale consenso dell’assistito relativamente al procedimento volto ad ottenere il voucher in favore del caregiver – intervento 3.2 (art. 1 c. 7 Bando Regione Campania)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

in qualità di:

 TUTORE

 CURATORE

 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

 ASSISTITO

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Tel.

Residente in Prov. \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.zza n° Cap

Domiciliato presso

# RENDE LA PROPRIA AUTORIZZAZIONE IN FAVORE DEL CAREGIVER

**(***indicare generalità e recapito telefonico*)

(cognome) (nome)

Telefono

per la comunicazione dei dati riferiti alla persona assistita nell’ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher caregivers – intervento 3.2, secondo la normativa vigente in materia.

*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.*

Data e Luogo,

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_