



**DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA
Beneficiari di MISURA SOSTEGNO (EX MISURA B1) DGR XXII/6230 DEL
15/06/2026**

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo)

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ prov. (____)

in qualità di :

☐ diretto interessato

☐ genitore di _____

☐ altro _____ (specificare) di _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

di aver sostenuto per il personale di assistenza, come dichiarato nell'istanza depositata agli atti istruttori, **le seguenti spese** (legate al cedolino o alle fatture emesse dalla cooperativa/altro soggetto terzo nei confronti della famiglia):

MESE	COSTO (€)

Inoltre **allega la quietanza al pagamento dei contributi** relativa al trimestre di

data

firma del dichiarante*

* allegare copia documento identità se non già presentato alla ASST