

**Allegato 2**

**Modulo di Autocertificazione  
(ai sensi del D.P.R. 28 dicembre n. 445 artt. 46 e 47)**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... prov. .... il .....

residente in ..... prov .....

Via/Piazza ..... nr. ....

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendacie falsità in atti e della  
decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA**

di prestare assistenza continuativa al Sig/Sig.ra .....

con il/la quale presenta rapporto di parentela .....

per le patologie indicate nel provvedimento di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992, allegato  
alla presente.

Firma: .....

Data: .....