

nato/a

il / /

e residente in _____, via/piazza/c.da

n.

telefono

Codice fiscale

di poter fruire del servizio di **"Assistenza domiciliare anziani"** di cui all'Avviso determinazione Comunale capofila n. 261 del 23.5.2019

^^^

e al fine di poter fruire del servizio e consentire all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di _____ la valutazione delle condizioni socio-economiche per l'eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

pensione estera pari a € _____ annui

invalidità civile pari a € _____

indennità di accompagnamento pari a € _____ annui

rendita INAIL pari a € _____ annui

altro _____ pari a € _____ annui

che il reddito ISEE per l'anno 2019 è pari ad € _____

^^^

Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allega

- certificazione del medico di famiglia attestante la condizione di non autosufficienza e l'eventuale necessità dell'assistenza redatta sull'apposito modulo predisposto
- eventuale certificato attestante l'invalidità civile o la disabilità ai sensi della legge 104/92
- certificato dei redditi ISEE in corso di validità del richiedente e dei singoli componenti il nucleo familiare e/o conviventi, il reddito non deve superare i 9.000,00 €
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.
- eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

Catenanuova, _____

Il Dichiarante
