

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell’Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a (cognome e nome) _____ Codice fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____ cap. _____, in qualità di:

Diretto interessato;

Tutore / Amministratore di sostegno di (indicare il soggetto interessato):

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____ cap. _____,

Familiare (indicare il grado di parentela): _____

Consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000m n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/200, che il/la Sig./rapercepisce mensilmente i seguenti trattamenti reddituali:

- Pensione di vecchiaia, importo mensile €... .. ;
- Pensione di anzianità, importo mensile €.....;
- Pensione di invalidità, importo mensile €..... ;
- Pensione per ciechi civili, importo mensile €..... ;
- Pensione di reversibilità senza contitolarità con contitolarità per la percentuale del% importo mensile €.....;
- Pensione di guerra, importo mensile €... .. ;
- Pensione di reversibilità per pensione di guerra senza contitolarità con contitolarità per la percentuale del %, importo mensile €... .. ;
- Pensione estera, importo mensile €... .. ;
- Rendita Inail, importo mensile €.....;
- Vitalizio per, importo mensile €..... ;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile €.....;
- Indennità di frequenza o di comunicazione, importo mensile €... .. ;
- Altro:, importo mensile €... .. ;

DICHIARA INOLTRE

-Di non aver contratto mutui o cessioni di quote degli emolumenti mensili;

-Di aver contratto mutuo cessione quota degli emolumenti a far data dal e nella misura di € mensile secondo piano di ammortamento allegato;

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell'interessato.

Pertanto, tali dati saranno trasmessi dall'Ufficio di Piano dell'Ambito di Castrovillari ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

- copia documento di identità;
- attestato ISEE con relativa dichiarazione unica;
- Copia ObsM dell'anno in corso;
- copia certificazione unica - copia dichiarazione dei redditi;
- altro:
..... ;
- copia piano di ammortamento mutuo o cessione;
- certificato redatto dal medico di base o specialista che ne attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)

