

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e dell'ATTO NOTORIO
(DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA PER IL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale _____, sesso M F

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n. _____

telefono _____

Medico _____

richiede:

**la valutazione della propria condizione economica ai fini di un'agevolazione tariffaria per il servizio
di assistenza domiciliare**

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti
da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

DATI INTEGRATIVI:

- di ricevere una rendita INAIL pari a € _____;
- di ricevere un assegno di accompagnamento pari a € _____;
- di ricevere contributi erogati da altri enti per la domiciliarità pari a € _____;
- che il valore ICI dell'abitazione di residenza al netto del mutuo residuo è pari € _____;
- di avere una rendita dai fondi pensione di € _____;
- che il numero di persone utili per il contributo di solidarietà è: _____ .

DATI RELATIVI ALLE SPESE:

- che gli stipendi e gli oneri previdenziali documentabili per assistenti familiari ammontano a € _____;
- che le spese per l'assistenza domiciliare effettuate per altri membri della famiglia ammontano a € _____;
- che le spese sanitarie deducibili fatte valere in sede di dichiarazione dei redditi ammontano a € _____;
- che le somme erogate a titolo di compartecipazione al pagamento delle rette RSA ammontano a € _____;
- che le somme erogate a titolo di alimenti (art. 433 del C.C. e successivi) ammontano a € _____;
- che l'irpef pagata è pari a € _____.

COSTO DI MANTENIMENTO (a cura dell'Assistente sociale)

costo annuo per il mantenimento dell'assistito € _____.

Informativa sul trattamento dei dati personali (Privacy)

I dati dichiarati verranno custoditi e trattati nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196. Titolare del trattamento è il Servizio del Comune preposto alla raccolta delle domande tramite strutture tecniche incaricate della raccolta, gestione e elaborazione. Con la trasmissione o sottoscrizione della domanda il richiedente dichiara di essere a conoscenza che i dati personali, propri e del nucleo familiare cui deve essere riferita la condizione economica in base al regolamento, potranno essere utilizzati, oltre che per la determinazione e liquidazione del contributo, anche per i controlli di quanto dichiarato presso altri Enti o Organizzazioni come previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

DATA _____

FIRMA _____

DATI SOTTOSCRITTORE:

Motivo sottoscrizione: il dichiarante è in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni di salute; il sottoscrittore è il coniuge o, in sua assenza, il figlio o, in mancanza di questo, un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado il dichiarante è incapace; la dichiarazione viene resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale

Cognome e nome: _____

nato a _____, il _____

residente a _____, CAP _____

indirizzo _____, n. _____

telefono _____

Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Presentata copia del documento di identità _____