

ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO EVIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a

nato/a in

Prov. Il residente a

In Via/C. da n.

In qualità di.....

del/la Sig./ra

consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/200,

che il/la Sig./ra.....percepisce 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 €.....;
- Vitalizio per, importo mensile €.....;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile
€.....;
- Indennità di frequenza, importo mensile €.....;

Altro:, importo mensile €.....;

D I C H I A R A I N O L T R E

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 del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati 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 del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Mi impegno 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

ObisM dell'anno in corso; _____ copia cedolini mensili di pagamento;

copia certificazione unica; _____ copia dichiarazione dei redditi;

copia documento che comprova l'accreditamento del degli emolumenti.....;

certificato medico di idoneità all'inserimento in struttura socio assistenziale;

copia piano di ammortamento mutuo o cessione;

altro:.....;

....., li

Firma
