

**All.C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Artt. 46 e 47 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 E S.M.I. PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA 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. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,  
 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 €... .. ;
- 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 €... .. ;

**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. 2 di San Marco Arg.no 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. 2 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 degli emolumenti.....;
- 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.

....., lì .....

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.