

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE  
DEI SOGGETTI CHE RICHIEDONO VALUTAZIONE UVG**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (interessato)
- ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (tutore o parente)

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE**

il sottoscritto \_\_\_\_\_

il mio congiunto \_\_\_\_\_

impossibilitato per motivi di salute

il mio tutelato \_\_\_\_\_

> è nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

> è residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

> è in possesso del seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_

> appartiene a nucleo familiare così composto

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>RAPPORTO DI PARENTELA</b>	<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b>

> il richiedente è titolare, oltre a quanto già dichiarato nel modello I.S.E. allegato, dei seguenti redditi:

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Importo annuale</b>
Indennità di accompagnamento per invalidità civile			
Indennità per cecità assoluta			
Indennità speciali per ciechi ventesimalisti			
Indennità di comunicazione per sordomuti			
Assegno sociale			
Pensione sociale			
Integrazioni sociali alle pensioni minime			
Rendite INAIL			
Pensioni estere			
Pensioni di guerra			
Quota del 20% netta su pensione di reversibilità per invalidi 100%			
<b>TOTALE ANNUALE</b>			

## Da compilare nel caso in cui la richiesta presentata sia relativa alla lungo assistenza

Assistenza domiciliare svolta da Assistenti familiari.

> le prestazioni assistenziali sono garantite dall'Assistente familiare Sig./ra ....., assunta con regolare contratto di lavoro, come da contratto allegato, che prevede i seguenti costi sostenuti dall'interessato stesso o da chi lo rappresenta o da un congiunto:

	<b>Importo</b>	<b>Note</b>
<b>Retribuzione mensile</b>		
<b>Contributi mensili versati (spesa del trimestre diviso tre)</b>		
<b>Accantonamento tredicesima mensilità</b>		
<b>Accantonamento T.F.R.</b>		
<b>Totale costi mensili sostenuti</b>		

### Da compilare sempre

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità.

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che:

- nel caso di erogazione di interventi assistenziali, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della guardia di Finanza, accessi presso gli Istituti di credito e gli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare del richiedente;
- potranno essere effettuati controlli e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso dalle autorità competenti, nonché con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare entro 15 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati, consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione dei fatti incidenti sul diritto o sulla misura dell'intervento assistenziale, comporta oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme dovute, dal Consorzio mediante azione esecutiva nei confronti del responsabile.

Si avvisa che, in caso di false dichiarazioni, il dichiarante decadrà automaticamente dai benefici derivanti dalla presente dichiarazione, sarà perseguito ai sensi del Codice Penale e sarà tenuto alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data) (firma)

La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente ai sensi dell'art. 4, comma 2 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (barrare questa casella se ricorre il caso e completare con i dati di seguito indicati)

**Dati anagrafici del richiedente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Dichiarazione presentata da: \_\_\_\_\_

Identificato/a in base a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Il Funzionario Incaricato

\_\_\_\_\_

**Per tutti i casi di impedimento alla sottoscrizione**

Io sottoscritto, in qualità di funzionario competente a ricevere la documentazione, previa identificazione a mezzo di:

Conoscenza Personale

Patente di guida n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ rilasciata da: \_\_\_\_\_

Carta Identità n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ rilasciata da: \_\_\_\_\_

Passaporto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ rilasciato da: \_\_\_\_\_

A norma dell'articolo n°4 del D.P.R. del 28/12/2000 n°445, attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza, ma che il dichiarante non può sottoscriverla a causa di: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Funzionario Incaricato

\_\_\_\_\_