

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE ISEE PER ASSEGNO DI CURA

Il Sottoscritto (*nome dell'assistito*) _____
nato a _____ il _____, residente a _____ prov. _____
in via _____ Tel _____ C.F. _____

al fine di garantire la continuità dell'erogazione del contributo alle famiglie disponibili a mantenere il parente non autosufficiente nel proprio contesto, riconosciuto dall'ASP per l'assistenza del sottoscritto

DICHIARA

che il suo nucleo familiare ha un valore ISEE ordinario di € _____ e un valore Isee per prestazioni sociali agevolate di € _____ (facoltativo) come risulta dall'attestazione rilasciata dall'INPS a seguito della propria Dichiarazione Sostitutiva Unica protocollo INPS-ISEE 2019 _____ presentata in data _____

- che percepisce l'assegno di accompagnamento**
 che non percepisce l'assegno di accompagnamento

DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi della legge 445/2000;
 - che quanto espresso nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti e di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
 - di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità o la reticenza del contenuto della dichiarazione, conseguirà decadenza dai benefici eventualmente acquisiti ai sensi del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
 - di aver preso visione dell'informativa resa dall'Azienda in ordine al trattamento dei dati personali
- Data _____/2019 _____
(firma per esteso e leggibile dell'assistito)

Il presente modulo viene sottoscritto da:

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ (____)
il _____ residente a _____ (____) in via _____ n. ____
Recapito telefonico _____ e-mail _____

in quanto:

- parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado dell'assistito temporaneamente impedito a firmare per motivi di salute (*specificare il grado di parentela*) _____
 tutore
 Amministratore di Sostegno.

Ogni dichiarazione ivi resa è da intendersi riferita al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta l'autocertificazione

FIRMA: _____

(Firma per esteso e leggibile)