

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE ISEE PER CONFERMA AMMISSIONE AI SERVIZI
TERRITORIALI CON RETTA AGEVOLATA**

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

al fine di continuare ad usufruire del seguente servizio a retta agevolata:

<input type="checkbox"/>	Assistenza domiciliare
<input type="checkbox"/>	Pasti a domicilio
<input type="checkbox"/>	Centro A m'arcord
<input type="checkbox"/>	Centro diurno anziani

DICHIARA

che il suo nucleo familiare ha un valore ISEE di € _____ come risulta dalla
attestazione rilasciata dall'INPS a seguito della propria Dichiarazione Sostitutiva Unica protocollo
INPS-ISEE-2019 _____ presentata in data _____

di avere n. _____ figli *ovvero* di non avere figli

DICHIARO INOLTRE

- di essere consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, 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 impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga rispetto ai dati da me dichiarati nella presente domanda;
- di aver preso visione dell'informativa resa dall'Azienda in ordine al trattamento dei dati personali.

Data _____ 2019

(firma per esteso e leggibile)

Il presente modulo viene sottoscritto da:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____

Recapito telefonico _____

Mail _____

In qualità di parente in linea retta o collaterale dell'anziano in quanto lo stesso è temporaneamente impedito a firmare per motivi di salute (*specificare il grado di parentela*) _____.

Si assume altresì la responsabilità di quanto dichiarato nonché l'onere del pagamento della retta dovuta.

Ovvero in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale in quanto:

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 la domanda

(firma per esteso e leggibile)