

# 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,

## DICHIARA

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: (Es. ADI) ..... , importo mensile €... ;

## DICHIARA INOLTRE

(Dichiarare solo se dovuto)

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 dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili. Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea 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;
- Copia ObisM dell'anno in corso; copia cedolini mensili di pagamento (per i soli servizi Residenziali);
- copia documento che comprova l'accreditamento degli emolumenti ..... (per i soli servizi Residenziali);
- altro: ..... ;

....., li .....

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.