

DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA PER L'ACCESSO ALLA MISURA REGIONALE INTEGRATIVA

ai sensi della DGR 7549 del 18/12/2017

Spett. ASST di Lodi
UOC Valutazione Multidimensionale del Bisogno
Piazza Ospitale 10 – 26900 Lodi
E-mail: uovccss.lodi@asst-lodi.it
Fax 0371/372762

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via/p.za _____ nr _____

in qualità di _____

ai fini della richiesta della misura regionale integrativa alla misura B1

(dgr 7549/2017)

a favore di _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

1. che la **famiglia convivente** è composta come risulta dal seguente prospetto:

n°	cognome e nome	Codice fiscale	rapporto parentela	STUDENTE (da compilare solo per i figli)	Specificare (es. primaria, secondaria, ecc.)
1				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

2. di avvalersi di **personale di assistenza** secondo una delle seguenti tipologie di contratto (*compilare solo la voce interessata*):

a) contratto di assunzione del/la sig./sig.ra _____

(C.F. _____) stipulato in data ___/___/___ per un totale di _____ ore/mese corrispondente ad un importo mensile di € _____

a tempo indeterminato oppure con validità fino al ___/___/___

b) contratto con l'ente erogatore (nome società) _____

sottoscritto in data ___/___/___ per un totale di _____ ore/mese

corrispondente ad un importo mensile di € _____ con validità fino al
 __/__/____

3. di essere a conoscenza che l'ATS e l'ASST di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
4. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
5. di essere a conoscenza che la domanda sarà accolta, e quindi, avrà validità solo se completa di tutta la documentazione a sostegno dei requisiti:
 - beneficiario misura B1,
 - con figlio minore o con età inferiore ai 25 anni studente,
 - con ISEE familiare ≤ 50.000 euro,
 - con oneri di assunzione del personale di assistenza ≥ 500 euro/mese

Pertanto

ALLEGA

(barrare le voci interessate)

- Modello ISEE ordinario in corso di validità
- copia contratto/fattura relativa al personale di assistenza
- altra documentazione attestante i requisiti scolastici/di frequenza universitaria
-

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
telefono _____	cell. _____
indirizzo e-mail _____	

La/Il dichiarante

Luogo e data
