

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel. _____ cell. _____

in qualità di (specificare se: *coniuge, figlio, fratello, ecc...*) _____

del/della sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Via _____;

in riferimento alla domanda di attivazione U.V.M.D. del ___/___/___ per l'accesso del predetto/della predetta presso le Strutture per anziani non autosufficienti;

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003,

DICHIARA
che il predetto/la predetta

(Barrare le caselle corrispondenti ai campi compilati)

- percepisce una pensione **netta** mensile pari ad € _____;
- _____ l'indennità di accompagnamento invalidi civili;
*(specificare se **percepisce** o **non percepisce**)*
- è in attesa dell'indennità di accompagnamento riconosciuta in data _____;
- percepisce una indennità INAIL **netta** mensile pari ad € _____;
- percepisce altri redditi derivanti da *(specificare)* _____
pari ad € netti mensili _____ oppure € netti annui _____;
- è invalido civile al _____% come da certificazione sanitaria, rilasciata dall'organo competente, che si allega in copia alla presente dichiarazione;
- risiede in un alloggio _____;
(specificare se: di proprietà, in usufrutto, in affitto, altro titolo)
- sostiene per l'affitto della casa di abitazione una spesa mensile di € _____;
- sostiene per il mutuo della casa di abitazione una spesa mensile di € _____;

- _____ beni immobiliari, oltre alla eventuale casa di abitazione;
(specificare se **possiede** o **non possiede**)
- _____ patrimonio mobiliare (es. conti/correnti, Titoli, Azioni, ecc.);
(specificare se **possiede** o **non possiede**)
- possiede, alla data odierna, un patrimonio mobiliare pari ad € _____
(derivante da: depositi finanziari e conti correnti bancari e postali, titoli di stato, obbligazioni, certificazioni di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, premi versati per contratti di assicurazioni mista sulla vita e di capitalizzazione, valore del patrimonio netto per aziende o società di imprese individuali, azioni, altre somme di denaro);

dichiara inoltre:

- che le persone civilmente obbligate del predetto/della predetta, ai sensi dell'art. 433 del C.C., sono le seguenti (*coniuge; figli e, in loro mancanza, i loro discendenti prossimi; genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; generi e nuore; suocero e suocera; fratelli e le sorelle*):

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE	RESIDENZA E TELEFONO

- che la retta di ricovero sarà sostenuta interamente dall'interessato, in quanto presenta sufficiente disponibilità economico-finanziaria e/o patrimoniale;
- che la retta di ricovero sarà integrata dai civilmente obbligati fino a copertura completa delle spese;

Luogo e data _____

Il dichiarante

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido del dichiarante