

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA**

**AI PLUS Distretto Socio-Sanitario di Sorgono  
Servizio di Assistenza Domiciliare associato  
Servizio Sociale del  
Comune di \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n° 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi, sono puniti con le sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n° 445/2000:

**DICHIARA**

- a. Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone;
- b. *Oppure* che il nucleo familiare del destinatario è composto da n. \_\_\_\_\_ persone
- c. che il reddito netto del nucleo familiare è stato di € \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_
- d. che le risorse economiche di qualunque natura e provenienza di cui dispone il nucleo familiare di appartenenza, oltre quelle indicate al punto c), sono complessivamente le seguenti:
  - rendita INAIL
  - indennità di accompagnamento
  - indennità di frequenza
  - invalidità civile
  - rendita proprietà immobiliari
  - altre risorse a qualunque titolo percepite

Ai sensi del Dlgs 196/2003 si autorizzano i destinatari della presente all'utilizzo dei dati contenuti nella presente dichiarazione.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**SI ALLEGA**

- 1) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA**

**Al PLUS Distretto Socio-Sanitario di Sorgono  
Servizio di Assistenza Domiciliare associato  
Servizio Sociale del  
Comune di \_\_\_\_\_**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**si assume formalmente l'onere di partecipare al costo del Servizio di Assistenza Domiciliare** erogato dalla Comunità Montana Gennargentu-Mandrolisai, ente gestore del PLUS del Distretto Socio-Sanitario di Sorgono, corrispondendo al Comune di riferimento la quota dovuta che verrà calcolata mensilmente sulla base delle ore di servizio usufruite. Si impegna inoltre a comunicare ogni variazione che possa comportare una modifica della situazione economica propria e del proprio nucleo familiare.

Ai sensi del Dlgs 196/2003 si autorizzano i destinatari della presente all'utilizzo dei dati contenuti nella presente dichiarazione.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il ..... n.....  
residente a ..... in via .....

- è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75. D.P.R. 445 del 28.12.2000)
- è a conoscenza che concorrono alla formazione delle risorse economiche, le risorse di tutti i componenti del nucleo familiare così come certificato dallo stato anagrafico, pertanto

**D I C H I A R A**

che le risorse economiche del nucleo familiare relative all'anno 201~~1~~ sono costituite da:

1. reddito da lavoro, pensione, da rendite immobiliari, o da rendite di qualsiasi genere  
€ \_\_\_\_\_;
2. redditi patrimoniali e zootecnici escluso quello della casa in cui abita  
€ \_\_\_\_\_;
3. pensioni sociali o di invalidità a favore di invalidi civili, ciechi e sordomuti  
€ \_\_\_\_\_;
4. prestazioni previdenziali e quelle assistenziali di carattere continuativo  
€ \_\_\_\_\_;
5. le indennità di accompagnamento a favore degli invalidi civili  
€ \_\_\_\_\_;
6. i sussidi concessi dal Comune e/o altri Enti a particolari categorie o infermi  
€ \_\_\_\_\_;
7. i trattamenti di guerra (art.5 L. 8 agosto 1991 n.261)  
€ \_\_\_\_\_;
8. altro (specificare)  
€ \_\_\_\_\_;

per un totale di € \_\_\_\_\_

di possedere il seguente codice fiscale : \_\_\_\_\_;

che il proprio nucleo familiare è così composto:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante

Atzara, li \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);  
se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.  
Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).  
La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio  
(art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).  
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.