****

**Enna**

 **Comune Capofila**

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: MODELLO DICHIARAZIONE - BANDO PUBBLICO PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI DI SERVIZIO (VOUCHER) ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**Soggetto richiedente**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PER IL (da compilare solo in caso di familiare delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al fine di poter fruire del servizio di “**Assistenza domiciliare anziani**” e consentire all’Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza la valutazione delle condizioni socio-economiche per l’eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

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

-di aver preso visione dell’avviso pubblico;

-di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli uffici si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

-di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF:

[ ]  pensione pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annui

[ ]  invalidità civile pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annui

[ ]  indennità di accompagnamento pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annui

[ ]  rendita INAIL pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annui

[ ]  altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ annui

che il reddito ISEE per l’anno 2023 è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  di essere titolare del seguente patrimonio mobiliare, specificare (titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari)

per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il seguente Ente intermediario o gestore (indicare se banca, ufficio postale, impresa di investimento, ecc.)

[ ]  di essere privo di qualsiasi tipo di patrimonio mobiliare sotto forma di titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comune di investimento e depositi bancari

Dichiara inoltre che la consistenza del proprio patrimonio immobiliare e del nucleo familiare posseduto alla data del 31 Dicembre 2022 è il seguente (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tipo di patrimonio(1) | Quota posseduta(percentuale) | Rendita catastale | A uso abitativo del nucleo familiare(2) |
| D |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

 (1) F= fabbricati; TA= terreni agricoli; TE= terreni edificabili - (2) indicare l’immobile con una X

Dichiara ancora che il fabbricato – terreno di proprietà è concesso

[ ]  in locazione a fronte di un canone annuale di affitto pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  dichiara altresì di avere fatto donazione dei propri beni o di parte di essi al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ - recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara che il proprio nucleo familiare si compone come segue (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome**  | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rel. parentela** |
| D |   |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare sono presenti soggetti con invalidità al 100% ai sensi di legge o disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92 come segue:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome**  | **Nome** | **Invalidità****(indicare %)** | **Indennità accompagnamento** | **L.104/92****(indicare art. e comma)** |
| D |   |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome**  | **Nome** | **Telefono**  | **Residenza**  | **Rel. parentela** |
| 1 |   |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Che il proprio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che per l’esecuzione delle prestazioni indica il seguente ente accreditato, come da modulo allegato:

Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell’articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n, 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Allega alla presente:

1. fotocopia fronte/ retro documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
2. eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “Contiene dati sensibili”, i seguenti documenti:

1. certificazione ISEE, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
2. certificazione Barthel;
3. verbale di invalidità e/o L. 104/92;
4. modulo scelta Cooperativa.

 Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_