

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE

Io sottoscritto/a, ai sensi della L. 4.1.68 n. 15 e del D.P.R. 20.10.98 n. 403, dichiaro:

COGNOME _____	NOME _____
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____	PROV. _____
DATA DI NASCITA _____	COMUNE DI RESIDENZA _____
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____	
CODICE FISCALE _____	

DICHIARO DI AVER PERCEPITO NEL **2000** I SEGUENTI **REDDITI NETTI:**  
**(ESCLUSA L'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO)**

	AMMONTARE NETTO ANNO 2000 IN LIRE
stipendi	_____
pensioni	_____
rendite/interessi	_____
altro(indicare): _____	_____
=====	
TOTALE ANNO 2000:	_____

DICHIARO DI ESSERE PERSONA CON HANDICAP PERMANENTE (art. 3 L. 104/92) O CON  
INVALIDITA' SUPERIORE AL 66 % :(scrivere SI o NO): \_\_\_\_\_  
(informazione facoltativa richiesta a fini di detrazione dal reddito calcolato)

DICHIARO DI PAGARE UN AFFITTO MENSILE DI LIRE \_\_\_\_\_  
(informazione facoltativa richiesta a fini di detrazione dal reddito calcolato)

(segue)

(segue)

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 26 della L. n. 15/1968, per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto sopra indicato è vero ed è documentabile a richiesta delle Amministrazioni competenti. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, effettuati da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi del D. Lgs. n. 109/98 e del D.P.C.M. n. 221/99 e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione dichiarata e confronti dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Io sottoscritto/a autorizzo il CISS-ZONA OSSOLA ad effettuare il trattamento dei dati personali per i soli fini strettamente connessi all'espletamento del servizio di assistenza sociale e domiciliare e per la determinazione dell'eventuale quota di compartecipazione ("ticket").

_____	_____	_____
(luogo)	(data)	( <b><u>FIRMA DEL RICHIEDENTE</u></b> )
_____ (FIRMA LEGGIBILE DEL DIPENDENTE CISS CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE)		

La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente incapace (barrare questa casella se ricorre il caso e completare i dati di seguito indicati)

DATI ANAGRAFICI DI CHI DICHIARA IN NOME E PER CONTO DEL RICHIEDENTE INCAPACE:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**(parte riservata al CISS da compilarsi a cura del Comune di residenza)**

FIRMA DEL SINDACO PER VERIFICA DELLA SITUAZIONE REDDITUALE AUTOCERTIFICATA DALL'UTENTE (ai sensi del Regolamento approvato con Deliberazione dell'Assemblea del CISS n. 26 del 4.7.2000)