Spett.le

Ufficio Servizi Sociali

Ambito Distrettuale Valle Seriana Superiore e di Scalve

c/o Comune di Clusone

**Oggetto: Domanda di accesso alla misura B2 del Fondo Non Autosufficienza 2019 ai sensi della DGR XI/2720 del 31/12/2019 e successive Deliberazioni della Giunta Regionale integrative**

**Tipo di strumento richiesto:**

* Buono sociale mensile per caregiver familiare (strumento 1.a)

**esclusivamente ad integrazione del buono sociale mensile per caregiver familiare:**

* Buono sociale mensile per assistente familiare assunta con regolare contratto (strumento 1.b.1)
* Buono sociale mensile per acquisto prestazioni professionali garantite all’interno del CSE (strumento 1.b.2)
* Buono sociale mensile per progetto di vita indipendente (strumento 2)
* Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità:
* Voucher sociale per progetti individuali per situazioni complesse (strumento 3.1)
* Voucher sociale per attivazione progetti educativi individualizzati presso servizio STA (strumento 3.2)

**Dati beneficiario**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fruitore della Misura B1 ex DGR ex DGR 2720/2019: 🞏 sì 🞏 no

Fruitore della Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018: 🞏 sì 🞏 no

**Informazioni sanitarie**

Percentuale di invalidità: \_\_\_\_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento e/o frequenza: 🞏 sì 🞏 no

Certificazione handicap grave art. 3, commi 1 e 3, L. 104/92**:** 🞏 sì 🞏 no

Certificazione del collegio accertamento alunno disabile: 🞏 sì 🞏 no

**Protezione giuridica:**  Tutore Curatore Amministratore di sostegno

#### Nucleo familiare convivente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parentela | Nome e cognome | Codice fiscale | Occupazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Caregiver:** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assistente Personale (se presente):** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE E FINALIZZAZIONE DELL’EVENTUALE BUONO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili**

🞏 favorire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con grave disabilità/non autosufficienza;

🞏 sostenere e supportare la persona e la famiglia per garantire la possibilità di permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita (anche mediante acquisto di prestazioni esterne);

🞏 sostenere i costi delle prestazioni di personale esterno alla famiglia (assistente familiare) che garantisce l’assistenza;

🞏 sostenere la vita di relazione di minori con disabilità.

**Erogazione buono**

Il sottoscritto dichiara di essere informato/a che l’erogazione del buono è subordinata alla sottoscrizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) concordato dalla famiglia con l’Assistente Sociale del Comune di residenza ed alla verifica dell’effettivo rispetto di quanto previsto dal PAI.

Luogo e data Il dichiarante

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

La presente dichiarazione è resa:

allegando fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

**Espressione del consenso al trattamento dei dati personali a norma del Regolamento UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018**

Questa amministrazione, esclusivamente per finalità istituzionali e per obbligo di legge e regolamento esegue svariati trattamenti di dati personali.

La titolarità di questi trattamenti è dell’Amministrazione Comunale. Ogni singolo trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta di soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell’art. 2 quatordecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all’esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali:

Contatti: Benzoni Giacomo 3314306559 dpo-clusone@studio-sis.it

I dati sono trattati in modalità cartacea, quando sono raccolti in schedari debitamente custoditi, o Informatica, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. In entrambi i casi l’acceso è riservato al solo personale appositamente designato del trattamento.

La raccolta di questi dati personali è per questa Amministrazione Comunale obbligatoria, in quanto trattasi di un trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri a mente dell’art. 2-ter del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018. Un eventuale rifiuto al conferimento volontario dell’interessato determina l’obbligo dell’acquisizione d’ufficio del dato.

I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell’obbligatorio scambio di dati tra PA, l’interessato ha diritto a ricevere una notifica dell’istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla eventuale raccolta e all’archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come “sensibili”) o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), dette operazioni saranno eseguite solo con la più stretta osservanza delle norme di riferimento.

A seguito della consultazione del sito istituzionale di questa amministrazione è possibile che avvenga la raccolta automatica di dati personali, ma mai questi dati potranno servire all’identificazione dei cittadini, senza il loro previo consenso espresso. Detti trattamenti automatizzati per mezzo dell’utilizzo del sito web istituzionale sono impliciti nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet.

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta

🞏 **esprimo il consenso 🞏 NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l’informativa che precede.

Luogo, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

**Allegati:**

* Carta d’identità e codice fiscale del beneficiario e del suo rappresentante legale (se nominato) in corso di validità;
* Attestazione ISEE sociosanitario/ISEE ordinario in corso di validità, oppure, nel caso in cui il richiedente non fosse in possesso dell’attestazione ISEE in corso di validità, autodichiarazione di cui all’Allegato C;
* Verbale di invalidità - Documentazione diagnostica clinica;
* Certificazione del collegio accertamento alunno disabile (solo per voucher minori);
* Contratto di lavoro Assistente Personale (solo per il buono per l’Assistente personale e buono per progetti di vita indipendente);
* Scheda ADL, scheda IADL, scheda di valutazione sociale;
* Documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario del beneficiario (Codice IBAN). Il beneficiario deve risultare nell’intestazione del conto corrente.

Non saranno accettati estremi di conti correnti/libretti postali;

* Modulo per la scelta della modalità di pagamento (Allegato A).

Per chi fosse impossibilitato al ritiro presso la Tesoreria del Comune di Clusone e non avesse C.C. Bancario, si allega (Allegato B) modulo di delega per l’accredito od il ritiro del valore del Buono.

Luogo e data Il dichiarante

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

**Allegato A**

Spett.le

Ufficio Servizi Sociali d’Ambito

Via Somvico, 2

24023 Clusone (BG)

**SCELTA MODALITÀ DI VERSAMENTO BUONI SOCIALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

DI INDIVIDUARE per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto dal Buono sociale, la seguente modalità di versamento:

* Conto corrente bancario con dimostrazione di titolarità o di autorizzazione ad operare sul conto corrente di cui sopra;

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Istituto Bancario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ritiro in contanti presso la Tesoreria del Comune di Clusone individuata nella UBI BANCA – FILIALE DI CLUSONE - Via Verdi, 3 Clusone (Bg).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

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

**AUTORIZZAZIONE QUIETANZA (EVENTUALE)**

* DI AUTORIZZARE il versamento del contributo con quietanza a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

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

**Allegato B**

Spett.le

Ufficio Servizi Sociali d’Ambito Via Somvico, 02 24023 Clusone (BG)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad agire per mio conto per il ritiro del Buono Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seguente modalità:

Bonifico su C.C. Bancario IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ritiro presso la Tesoreria del Comune di Clusone – UBI BANCA – FILIALE DI CLUSONE – Via Verdi n. 3.

Luogo e data Firma leggibile del delegante

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

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del beneficiario del buono.

**Allegato C**

Spett.le

Ufficio Servizi Sociali d’Ambito Via Somvico, 02 24023 Clusone (BG)

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTAZIONE ISEE**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione – art. 46 del D.P.R n 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* consapevole della responsabilità in cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace nonché delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. N. 42/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
* ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;

**DICHIARA**

* Di non essere in possesso della dichiarazione ISEE in corso di validità;
* Di essere a conoscenza della propria condizione economica appresa a seguito di simulazione ISEE sul portale INPS che risulta essere pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*oppure, in alternativa:*

* Che l’attestazione ISEE 2019 della propria condizione economica aveva un valore di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**SI IMPEGNA A**

produrre e consegnare la dichiarazione ISEE prima dell’erogazione del primo buono eventualmente riconosciuto e comunque non oltre il 20 luglio 2020.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

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