**(All. C)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)**

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA

REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 E SS.MM.II. PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………….…….

nato/a a …………………………………………il……………………..………………………..……

Prov. ……………………………… residente a ………………………………..……………………. in Via/C.da………………………………………………….. n. ……….cap. ………………………..

in qualità di…………………………………………………………………………………………….

del/la Sig./ra ………………………………………………………………………………………… consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell’art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

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

che il/la Sig./ra ...................................................................................percepisce mensilmente i seguenti trattamenti reddituali:

○ Pensione di vecchiaia, importo mensile €… ….................... ;

○ Pensione di anzianità, importo mensile €…….......................;

○ Pensione di invalidità, importo mensile €……..................... ;

○ Pensione per ciechi civili, importo mensile €….................... ;

○ Pensione di reversibilità ○ senza contitolarità ○ con contitolarità per la percentuale del ……..…%

importo mensile €…..........................;

○ Pensione di guerra, importo mensile €… .................... ;

○ Pensione di reversibilità per pensione di guerra ○ senza contitolarità ○ con contitolarità per la percentuale del ….… %, importo mensile €… ........................... ;

○ Pensione estera, importo mensile €… .................... ;

○ Vitalizio per …………………………………………………, importo mensile €…..................... ;

Indennità di accompagnamento per ○ invalidità civile ○ per cecità civile, importo mensile €……………….;

Indennità di o frequenza o di comunicazione, importo mensile €… .................... ;

**Altro: ………………………………………………………, importo mensile €… ................. ;**

**D I C H I A R A I N O L T R E**

○ Di non aver contratto mutui o cessioni di quote degli emolumenti mensili;

○ Di aver contratto mutuo ○ cessione quota degli emolumenti a far data dal ........................ e nella misura di € ................................;

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell’interessato.

Pertanto, tali dati saranno trasmessi dall’Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale di San Giovanni in Fiore ad altri Enti sovra comunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano del Distretto Socio - Assistenziale di San Giovanni in Fiore e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

* copia documento di identità;
* attestato ISEE con relativa Dichiarazione unica:
* ISEE familiare per utenza adulti (uomini e donne in difficoltà);
* ISEE familiare/minori per utenza minori;
* ISEE socio-sanitario per utenza disabili;
* copia del Certificato di Pensione (Modello ObisM) dell’anno in corso;
* Altra documentazione reddituale utile ( contratti fitto, rendite, ecc. ecc.);
* certificato redatto dal medico di base o specialista che ne attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto.

…………………, lì ……………….

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.