

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46, 47, 48 del DPR 28.12.2000 n. 445)

**Resa dal genitore, tutore, curatore o amministratore di sostegno**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del minore di anni 18/interdetto/inabilitato/beneficiario  
**dell'amministratore di sostegno** \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;

al fine di poter usufruire del sussidio economico di cui alla L.R. n. 20/97, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

1. Che il nucleo familiare **del summenzionato minore di anni 18/interdetto/inabilitato/beneficiario dell'amministratore di sostegno** è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Reddito percepito

2. Che il reddito del nucleo familiare per l'anno \_\_\_\_\_ COMPRESIVO DI 13 MENSILITA' (al netto delle ritenute previdenziali e assistenziali e delle imposte) E' PARI A € \_\_\_\_\_;
3. Che, il **minore di anni 18/interdetto/inabilitato/beneficiario dell'amministratore di sostegno** a causa della propria patologia non beneficia di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri Enti Pubblici o Privati;
4. Che nell'anno 2016 il **minore di anni 18/interdetto/inabilitato/beneficiario dell'amministratore di sostegno** ha beneficiato delle seguenti forme di assistenza:

Tipologia di provvidenza	Ente erogatore	Importo percepito

(N.B. non deve essere indicato l'indennità di accompagnamento).

5. Che pertanto il reddito complessivo INDIVIDUALE percepito nel \_\_\_\_\_ è pari ad € \_\_\_\_\_;
6. Che il reddito complessivo per l'anno \_\_\_\_\_ derivante dal reddito del nucleo familiare e dalle provvidenze economiche percepite **dal minore di anni 18/interdetto/inabilitato/beneficiario dell'amministratore di sostegno** è pari a € \_\_\_\_\_

7. DI IMPEGNARSI, AI SENSI DELL'ART. 7 COMMA 4 DELLA Legge Regionale n. 20/97 a comunicare al Comune di Arborea, L'EVENTUALE PERIODO DI TEMPO IN CUI USUFRUIRA' DEL SERVIZIO RESIDENZIALE, I CUI ONERE SONO A CARICO DEL S.S.R. (servizio sanitario regionale) OPPURE DI ALTRO SOGGETTO PUBBLICO;
8. DI ESSERE CONSAPEVOLE, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. n. 445/2000, DELLE SANZIONI PENALI A PROPRIO CARICO DI CHI DICHIARA IL FALSO O CONTENENTE DATI NON RISPONDENTI A VERITA';
9. DI ESSERE INFORMATO/A CHE, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

#### **DELEGA**

Il Comune di Arborea ad accedere al sito Internet dell'INPS o ad altre banche dati al fine di svolgere attività di controllo su quanto dichiarato.

\_\_\_\_\_ (luogo e data)

**Si allega obbligatoriamente copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore. (ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000).**

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)