

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 21, 38 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### **DICHIARO,**

sotto la mia personale responsabilità:

che il \_\_\_\_\_ ho fruito del beneficio previsto dalla

Legge 104/92, articolo 33 comma 3, e successive modifiche ed ho prestato assistenza alla

persona disabile grave per la quale ho titolo ad ottenere i benefici che la legge contempla.

che l'assistenza si è svolta con le seguenti modalità:

☐

assistenza e cure domiciliari presso \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

☐

assistenza e cure \_\_\_\_\_

con spostamento a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Sono consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Sono a conoscenza che la mancata produzione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio. Prendo atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003. I dati forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'Ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento tutti i diritti previsti dalla legge stessa. (Artt. 21, 38 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

IL DICHIARANTE

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma apposta dal dichiarante in presenza del funzionario addetto, Signor/a:

\_\_\_\_\_