

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

**Resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare se: *coniuge, figlio, fratello, ecc...*) \_\_\_\_\_

del/della sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;

**in riferimento alla domanda di attivazione U.V.M.D. del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per l'accesso del predetto/della predetta presso le Strutture per anziani non autosufficienti;**

*consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003,*

**DICHIARA**  
**che il predetto/la predetta**

*(Barrare le caselle corrispondenti ai campi compilati)*

☐ Dispone di attestazione ISEE \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ pari a € \_\_\_\_\_;

☐ percepisce una pensione **netta** mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

☐ \_\_\_\_\_ l'indennità di accompagnamento invalidi civili;  
*(specificare se **percepisce** o **non percepisce**)*

☐ è in attesa dell'indennità di accompagnamento riconosciuta in data \_\_\_\_\_;

☐ percepisce una indennità INAIL **netta** mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

☐ percepisce \_\_\_\_\_ altri redditi derivanti da *(specificare)* \_\_\_\_\_  
pari ad € netti mensili \_\_\_\_\_ oppure € netti annui \_\_\_\_\_;

☐ è invalido civile al \_\_\_\_\_ % come da certificazione sanitaria, rilasciata dall'organo competente, che si allega in copia alla presente dichiarazione;

☐ risiede in un alloggio \_\_\_\_\_;  
*(specificare se: di proprietà, in usufrutto, in affitto, altro titolo)*

☐ sostiene per l'affitto della casa di abitazione una spesa mensile di € \_\_\_\_\_;

☐ sostiene per il mutuo della casa di abitazione una spesa mensile di € \_\_\_\_\_;

☐ \_\_\_\_\_ beni immobiliari, oltre alla eventuale casa di abitazione;  
(specificare se **possiede** o **non possiede**)

☐ \_\_\_\_\_ patrimonio mobiliare (es. conti/correnti, Titoli, Azioni, ecc.);  
(specificare se **possiede** o **non possiede**)

☐ possiede, alla data odierna, un patrimonio mobiliare pari ad € \_\_\_\_\_  
(derivante da: depositi finanziari e conti correnti bancari e postali, titoli di stato, obbligazioni, certificazioni di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, premi versati per contratti di assicurazioni mista sulla vita e di capitalizzazione, valore del patrimonio netto per aziende o società di imprese individuali, azioni, altre somme di denaro);

**dichiara** inoltre:

☐ che le persone civilmente obbligate del predetto/della predetta, ai sensi dell'art. 433 del C.C., sono le seguenti (*coniuge; figli e, in loro mancanza, i loro discendenti prossimi; genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; generi e nuore; suocero e suocera; fratelli e le sorelle*):

Nome e cognome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Professione	Residenza e telefono

☐ che la retta di ricovero sarà sostenuta interamente dall'interessato, in quanto presenta sufficiente disponibilità economico-finanziaria e/o patrimoniale;

☐ che la retta di ricovero sarà integrata dai civilmente obbligati fino a copertura completa delle spese;

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

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido del dichiarante