

Allegato A

Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nat__ a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in via _____ nr. _____

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96

Riferendosi all'istanza di cui all'Avviso "Contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA"

D I C H I A R A

- di prestare assistenza diretta al proprio familiare (contributo di Tipo A);
- l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (contributo di tipo B);
- l'esistenza di un rapporto contrattuale con uno o più assistenti familiari (in quest'ultimo caso allegare copia del contratto).

Il /La dichiarante

Data e luogo

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).