

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA (DSU) DELLE CONDIZIONI
SOCIO-ECONOMICHE DEI SOGGETTI CHE RICHIEDONO LA
VALUTAZIONE SOCIALE U.V.G.**

Il/la sottoscritto/a _____

- ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (interessato)
- ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (tutore o parente)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

il sottoscritto _____

il mio congiunto _____

impossibilitato per motivi di salute

il mio tutelato _____

> è nato a _____ il _____

> è residente a _____ in via _____

dal _____

> è in possesso del seguente Codice Fiscale

> appartiene a nucleo familiare così composto

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA E LUOGO DI NASCITA

> il richiedente è titolare, oltre a quanto già dichiarato nel modello I.S.E. allegato, dei seguenti redditi:

	NO	SI	Importo annuale
Indennità di accompagnamento per invalidità civile			
Indennità per cecità assoluta			
Indennità speciali per ciechi ventesimisti			
Indennità di comunicazione per sordomuti			
Assegno sociale			
Pensione sociale			
Integrazioni sociali alle pensioni minime			
Rendite INAIL			
Pensioni estere			
Pensioni di guerra			
Quota del 20% netta su pensione di reversibilità per invalidi 100%			
TOTALE ANNUALE			

Assistenza domiciliare svolta da Assistenti familiari.

> le prestazioni assistenziali sono garantite dall'Assistente familiare Sig./ra,
assunta con regolare contratto di lavoro, come da contratto allegato, che prevede i seguenti costi
sostenuti dall'interessato stesso o da chi lo rappresenta o da un congiunto:

	Importo	Note
Retribuzione mensile		
Contributi mensili versati (spesa del trimestre diviso tre)		
Accantonamento tredicesima mensilità		
Accantonamento T.F.R.		
Totale costi mensili sostenuti		

Il sottoscritto _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità.

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che:

- nel caso di erogazione di interventi assistenziali, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della guardia di Finanza, accessi presso gli Istituti di credito e gli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare del richiedente;
- potranno essere effettuati controlli e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso delle autorità competenti, nonché con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare entro 15 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati, consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione dei fatti incidenti sul diritto o sulla misura dell'intervento assistenziale, comporta oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme dovute, dal Consorzio mediante azione esecutiva nei confronti del responsabile.

Si avvisa che, in caso di false dichiarazioni, il dichiarante decadrà automaticamente dai benefici derivanti dalla presente dichiarazione, sarà perseguito ai sensi del Codice Penale e sarà tenuto alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

_____, li, _____
(luogo) (data) (firma)

La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente ai sensi dell'art. 4, comma 2 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (barrare questa casella se ricorre il caso e completare con i dati di seguito indicati)

Dati anagrafici del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____ c.a.p. _____ pr. _____

Indirizzo _____ N° _____

Dichiarazione presentata da: _____

Identificato/a in base a: _____

_____, li ____/____/____/

Il Funzionario Incaricato

Per tutti i casi di impedimento alla sottoscrizione

Io sottoscritto, in qualità di funzionario competente a ricevere la documentazione, previa identificazione a mezzo di:

Conoscenza Personale

Patente di guida n° _____ del ____/____/____/ rilasciata da: _____

Carta Identità n° _____ del ____/____/____/ rilasciata da: _____

Passaporto n° _____ del ____/____/____/ rilasciato da: _____

A norma dell'articolo n°4 del D.P.R. del 28/12/2000 n°445, attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza, ma che il dichiarante non può sottoscriverla a causa di: _____

_____, li _____

Il Funzionario Incaricato
