

All'Azienda Speciale Sele Inclusionione

A.S.S.I.

Pec: seleinclusionione@pec.it

e-mail: info@seleinclusionione.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

MODELLO DI RENDICONTAZIONE

Lo scrivente _____ nato a _____ (____) il _____ – codice fiscale _____, *caregiver*, (PEC: _____), *caregiver* dell'avente diritto _____ nato/a a _____ (____) il _____ codice fiscale _____, residente a _____ (____) alla via _____ nr. _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 nr. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE:

- il proprio nucleo familiare è composto da nr. _____ persone;
- i costi sostenuti per l'assistenza, diretta ed indiretta, dell'avente diritto _____, per il mese sotto indicato, sono riportati nel prospetto che segue:

MESE: _____ ANNO: _____

<i>Tipologia di spesa</i>	<i>Costi mensili in €</i>	<i>note</i>

TOTALE		

La documentazione giustificativa delle spese in originale, afferente al mese corrente per come sopra descritta, verrà custodita dallo scrivente caregiver e sarà esibita a richiesta di Codesto Ente per eventuali controlli e verifiche.

Luogo/data _____

In fede

(F.to Caregiver)

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. 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 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). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Eboli, _____

(F.to Caregiver)