COMUNE DI POLISTENA

Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena – Ufficio di Piano

ALLEGATO 7 – DICHIARAZIONI INTEGRATIVE ALLA DOMANDA

FNA 2022 – Area disabilità gravissima

Modulo integrativo degli Allegati 4 e 5. Compilare solo le sezioni pertinenti; non introduce nuovi requisiti di accesso.

Domanda di riferimento: ☐ Allegato 4 – già beneficiari/in graduatoria ☐ Allegato 5 – nuovi richiedenti

Dichiarante: _____ C.F.: _____

Beneficiario: _____ C.F.: _____

Per gli altri dati anagrafici e per il titolo del dichiarante si rinvia alla domanda principale.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara quanto segue, nei limiti della propria diretta conoscenza.

1. STATO DI FAMIGLIA DEL BENEFICIARIO – Allegati 4 e 5

Alla data di sottoscrizione, la famiglia anagrafica del beneficiario è composta dalle persone seguenti:

Nome e cognome	Data di nascita	Rapporto con il beneficiario

Se necessario, aggiungere un foglio firmato. La famiglia anagrafica non coincide necessariamente con il nucleo ISEE sociosanitario.

2. ESISTENZA IN VITA – Solo Allegato 4

☐ Il beneficiario sopra indicato è in vita alla data di sottoscrizione.

3. RICONOSCIMENTI GIÀ DOCUMENTATI – Solo Allegato 4

☐ Il beneficiario è titolare dei riconoscimenti di invalidità civile al 100%, indennità di accompagnamento e disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992, come risultanti dai verbali allegati alla domanda.

La presente dichiarazione non sostituisce i verbali, le certificazioni specialistiche o gli accertamenti sanitari richiesti dall'avviso.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

Documento di identità: si rinvia alla copia già allegata alla domanda, salvo identificazione con altra modalità ammessa. Per il trattamento dei dati personali si rinvia all'informativa dell'avviso.