DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ **il** _____

residente a _____ **in Via/Piazza** _____ **n.** ____

codice fiscale _____ **telefono** _____

in qualità di:

[ ] Beneficiario diretto
[ ] Caregiver familiare / Legale rappresentante (tutore/curatore/amministratore di sostegno) del Sig./Sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____, C.F. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non beneficiare e di non aver beneficiato delle misure a valere sul FNA (Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze) annualità 2021;
- di non fruire contemporaneamente di altre misure, contributi economici, assegni di cura o servizi domiciliari tra loro incompatibili erogati da enti pubblici (Regione, INPS, Comune o ATS/ASL) per la stessa finalità di sostegno alla non autosufficienza/disabilità gravissima relativi al medesimo periodo.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

Luogo e Data: _____ Firma del dichiarante (estesa e leggibile)

_____

N.B. Allega alla presente la copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscritto.

Comune di Molochio - Prot. n. 0007996 del 22-10-2026 - arrivo