

Documento da compilare in caso di spese sanitarie e tutelari o familiari art. 21 - 2° Comma del Regolamento del Sistema dei Servizi Sociali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ART.46 DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ sesso M F di seguito indicato richiedente
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) nazionalità _____
residente in _____ Via _____ n° _____ cap _____ prov. _____
domiciliato in _____ presso _____ Via _____ n° _____
telefono fisso _____ cell _____

in caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore ecc) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (r) DPR 445/2000):

il/la Sig./a _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente in _____ Via _____ n° _____ cap _____ prov. _____
domiciliato in _____ presso _____ Via _____ n° _____
telefono fisso _____ cell _____

in qualità di:

Rappresentante legale del richiedente

(specificare se tutore, procuratore, ecc. _____)

Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere

(specificare grado di parentela o altro _____)

Per conto del richiedente

D I C H I A R A

Di sostenere una spesa, per il servizio di assistenza domiciliare _____, pari a Euro _____ mensili, comprensive di contributi, liquidazione, tredicesima ed eventuali sostituzioni per il pagamento di assistenza privata.

Di dovere sostenere una spesa, per il servizio di assistenza domiciliare preventivata in Euro _____ mensili, comprensive di contributi, liquidazione, tredicesima ed eventuali sostituzioni per il pagamento di assistenza privata.

Di aver sostenuto nel corso dell'anno _____ una spesa per acquisto di medicinali , a favore di _____, pari a Euro _____ mensili, **come da copia di fatture e/o scontrini fiscali allegati (c.d. "scontrino parlante") in cui devono essere specificati la natura e la quantità dei prodotti acquistati, il codice alfanumerico (identificativo della qualità del farmaco) posto sulla confezione del medicinale e il codice fiscale del destinatario.**

Di aver sostenuto nel corso dell'anno _____ una spesa per prestazioni sanitarie, a favore di _____ , pari a Euro _____ mensili, **come da copia di ricevute allegate.**

- Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli'artt.75, 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.
- Il sottoscritto s'impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.
- Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.
- Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa dettagliata sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (General Data Protection Regulation o GDPR) e del decreto legislativo 196/2003 e ss.mm.ii. affissa presso il desk informazioni del Servizio e visibile sul sito istituzionale dell'Ente al seguente indirizzo:
[http://www.comune.laspezia.it/Comune/PROTEZIONE DATI/protezione_dati.html](http://www.comune.laspezia.it/Comune/PROTEZIONE_DATI/protezione_dati.html)

La Spezia, _____

IL DICHIARANTE¹

(Firma per esteso e leggibile)

¹ Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero come nel caso di spedizione sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità non scaduto del sottoscrittore (art.38 comma 3 DPR 445/2000).