

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Ai sensi del D.P.R. n.44512000)

DA COMPILARE IN CASO DI ISEE ZERO

l sottoscritto/a _____ nato/a a il _____

a _____ residente in _____

via/p.zza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DI FAR FRONTE, avendo un ISEE DI VALORE PARI A ZERO, al pagamento delle spese sanitarie/utenze mediante:

Redditi non soggetti ad IRPEF (specificare es: rendite INAIL, Assegni Accompagnamento)

Altro aiuto (specificare dettagliatamente, citando eventuali cognomi, nomi ed indirizzi e codice fiscale, la provenienza dei redditi che permettono il sostentamento del nucleo familiare ed il pagamento di tali servizi) _____

Di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, così come previsto dagli articoli n. 75 e n. 76 del D.P.R. 445/2000.

Di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli a campione diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, così come previsto dal D.lgs 31/03/1998 n. 109, dal D.lgs 03/05/2000 n. 130 e dal Regolamento del Comune sull'applicazione dell'I.S.E.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Tolfa li, _____

Firma
