

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA' PER LA
CONCESSIONE DELLE PROVVIDENZE ECONOMICHE PREVISTE PER GLI
INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDOMUTI
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

L'invalido civile, cieco civile, sordomuto ovvero il genitore, tutore, curatore, procuratore, soggetto ai sensi dell'art.4, 2° comma DPR 445/2000, erede dell'invalido sottoindicato,

- informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizioni di atti falsi o contendenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale o dalle leggi speciali in materia nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- consapevole inoltre di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art.71 del DPR 445/2000 diretti ad accertare la veridicità sulle informazioni fornite;
- informato, infine, dell'obbligo di comunicare entro 30 giorni al Comune di Mesagne ogni mutamento delle condizioni e dei requisiti di assistibilità previsti dalla legge per la concessione dei benefici economici previsti per gli: Invalidi Civili Ciechi Sordomuti

D I C H I A R A

(ATTENZIONE: compilare in stampatello, in modo leggibile seguendo accuratamente le istruzioni allegate e barrare le caselle interessate nel modo qui indicato)

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALL'INVALIDO (da compilare sempre)

(Cognome) _____ (nome) _____

nat ___ a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____

(provincia) _____ Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ / _____ Cod. Fiscale I

Stato Civile: Celibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Divorziato/a Separato/a

Cittadinanza: Italiana Comunitaria Rifugiato Politico (indicare gli estremi dell'atto _____) o Apolide
 Extracomunitario in possesso di carta di soggiorno N. _____ (data e Questura di rilascio _____)

Riconoscimento invalidità: da sentenza giudiziale da visita sanitaria ASL o Min. Tesoro ___/___/___ (indicare la data della visita)

Rappresentato da un Patronato SI NO (se si indicare quale _____ codice patronato _____)

DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE

(Cognome) _____ (Nome) _____ (data di nascita) _____

(Luogo di nascita) _____ (Prov.) _____ (COD. FISC.) I

QUADRO B – RICOVERI (da compilare per l'indennità di accompagnamento, l'indennità di frequenza e la pensione per i ciechi assoluti)

Sono qui ricompresi i ricoveri in qualsiasi Istituto (Ospedale, RSA, ecc..)

di **NON** essere mai stato ricoverato dalla data di presentazione della domanda alla ASL a tutt'oggi;

di **ESSERE** stato ricoverato dalla data di presentazione della domanda alla ASL a tutt'oggi **come qui di seguito specificato:**

1° Ricovero: Retta: a totale carico di un Ente pubblico (ASL, Comune, ecc.) a parziale carico dell'invalido a totale carico dell'invalido
Nome Istituto e località _____: Periodo di ricovero: dal..... al.....

2° Ricovero: Retta: a totale carico di un Ente pubblico (ASL, Comune, ecc.) a parziale carico dell'invalido a totale carico dell'invalido
Nome Istituto e località _____: Periodo di ricovero: dal..... al.....

3° Ricovero: Retta: a totale carico di un Ente pubblico (ASL, Comune, _____) a parziale carico de invalido a totale carico dell'invalido
Nome Istituto e località _____: Periodo di ricovero: dal..... al.....

4° Ricovero: Retta: a totale carico di un Ente pubblico (ASL, Comune, ecc.) a parziale carico dell'invalido a totale carico dell'invalido
Nome Istituto e località _____: Periodo di ricovero: dal..... al.....

N.B. la retta base non comprende eventuali importi corrisposti dal degente per comfort, extra o classe superiore.

QUADRO C – REDDITI AL LORDO DEGLI ONERI DEDUCIBILI E DELLE RITENUTE FISCALI (da compilare sempre tranne che per la sola indennità di accompagnamento)

- di **NON** essere titolare di alcun tipo di reddito (dall'anno precedente alla presentazione della domanda alla ASL ad oggi)
 di **ESSERE** titolare dei seguenti redditi: indicare i redditi annui percepiti a partire dall'anno precedente alla presentazione della domanda alla ASL (se non è specificata la valuta Lire gli importi si intendono espressi in EURO e devono essere riportati con due decimali):

(specificare l'anno di riferimento) →	Anno.....	Anno.....	Anno.....	Anno.....
---------------------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

1. Reddito da lavoro dipendente (indicare il datore di lavoro):

Importo:	€	€	€	€
Datore di lavoro:				

2. Reddito da lavoro autonomo al netto dei contributi assistenziali e previdenziali (indicare alla voce attività il tipo di professione/mestiere):

Importo:	€	€	€	€
Attività:				

3. Pensionato I.N.P.S. cat.

Importo:	€	€	€	€
----------	---	---	---	---

4. Pensionato MINISTERO DEL TESORO cat.

Importo:	€	€	€	€
----------	---	---	---	---

5. Altre pensioni (specificare Ente erogatore, se diverso dall'Italia indicare nel campo ente lo Stato erogatore): categoria

Importo:	€	€	€	€
Ente:				

6. Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc..)

Importo:	€	€	€	€
----------	---	---	---	---

7. Beni immobili

a) da terreni (al n° 7. a. 1 specificare il reddito domiciliare, al n° 7. a. 2 il reddito agrario)

7. a. 1 Importo:	€	€	€	€
7. a. 2 Importo:	€	€	€	€

b) da fabbricati (case, negozi, ecc..) (al n° 7. b. 1 specificare rendita catastale rivalutata al n° 7. b. 2 i redditi da locazioni)

7. b. 1 Importo:	€	€	€	€
7. b. 2 Importo:	€	€	€	€

8. Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli derivanti da partecipazioni a società, ecc. (specificare la natura) Indicare qui l'assegno di separazione

Importo:	€	€	€	€
Natura:				

- In attesa di pensione (indicare l'Ente erogatore _____)

RIEPILOGO REDDITI DELL'INVALIDO

(riportare l'anno di riferimento) →	Anno.....	Anno.....	Anno.....	Anno.....
A TOTALE REDDITI (somma da 1 a 8)	€	€	€	€
B TOTALE REDDITI ESENTI DA IMPOSTE E REDDITI SOGGETTI A RITENUTE ALLA FONTE	€	€	€	€

REDDITO COMPLESSIVO DEL CONIUGE (indicare i redditi assoggettabili all'IRPEF, i redditi esenti e i redditi tassati alla fonte) a partire dall'anno precedente alla presentazione della domanda alla ASL

(riportare l'anno di riferimento) →	Anno.....	Anno.....	Anno.....	Anno.....
Reddito complessivo del coniuge	€	€	€	€

QUADRO D – ALTRE INDENNITA' (da compilare sempre)

- di non fruire di analoga identità concessa per invalidità per cause di guerra, lavoro o di servizio;
- di fruire di analoga indennità concessa per invalidità per cause di lavoro o di servizio. In particolare:
 - se titolare di rendita **INAIL** indicare qui gli estremi _____
 - se titolare di trattamenti economici di guerra (assegni, pensioni, indennità) indicare qui gli estremi _____
 - se titolare di altra analoga indennità concessa per invalidità per cause di guerra, lavoro o di servizio indicare qui gli estremi _____

QUADRO E – COLLOCAMENTO *deve essere compilato dall'invalido con punteggio di invalidità dal 74% al 99% compresi fino all'età collocabile pari a 60 anni per le donne e 65 per gli uomini. Le donne con età non collocabile (cioè tra 60 e 65 anni) devono comunque barrare una delle caselle del punto 2 a seconda del caso che si è verificato.*
N.B. L'iscrizione è **obbligatoria** per gli invalidi parziali fino all'età collocabile.

Data di notifica del verbale sanitario 7 della sentenza del Tribunale all'invalido (indicare sempre la data della notifica) ____/____/____/;

1. di non essere iscritto nelle liste speciali di collocamento per gli invalidi civili;
- di essere iscritto nelle liste speciali di collocamento per gli invalidi civili dal (indicare la data di iscrizione) ____/____/____/;
- di essere incollocabile ai sensi della Legge. 68/99;
- di essere incollocato al lavoro in quanto studente regolarmente iscritto al corso di studio _____ presso l'Istituto scolastico _____;

Dichiarare inoltre il caso che si è verificato nel periodo tra la presentazione della domanda alla ASL ed il mese successivo alla notifica del verbale sanitario:

2. di essere stato iscritto nelle liste ordinarie di disoccupazione (ai sensi della legge 56/87 e succ. modif. e integr.) per il periodo intercorrente tra la presentazione della domanda alla ASL ed il mese successivo alla notifica del verbale sanitario, ovvero non ha svolto, nel medesimo periodo, alcuna attività lavorativa;
- di non essere stato iscritto nelle liste ordinarie di disoccupazione per il periodo tra la presentazione della domanda alla ASL ed il mese successivo alla notifica del verbale sanitario, ovvero non ha svolto, nel medesimo periodo, alcuna attività lavorativa, a causa delle sue minorazioni;
- di aver svolto / di svolgere attività nel periodo intercorrente tra la presentazione della domanda alla ASL ed il mese successivo alla notifica del verbale sanitario (Specificare il periodo) dal _____ al _____ presso _____

QUADRO F – FREQUENZE (da compilare solo per l'indennità di frequenza di minorenni)

Il genitore, tutore, curatore dichiara che il minore invalido:

- è iscritto / frequenta la scuola pubblica o privata (indicare nome istituto, ordine e grado) _____ con sede in _____ alla classe _____ per l'anno scolastico ____/____
- è iscritto / frequenta un corso di formazione e addestramento professionale presso (indicare nome istituto) _____ con sede in _____ dal _____ al _____ con eventuale interruzione dal _____ al _____
- si sottopone a trattamento fisico terapeutico o ciclo di cure presso l'istituto o Centro Ambulatoriale (indicare nome istituto/centro) _____ con sede in _____ per il periodo dal _____ al _____ con frequenza (indicare il tipo di frequenza; ad es. settimanale, quindicinale, mensile o altro) _____

QUADRO G – DATI ANAGRAFICI DEL SOTTOSCRITTORE SE DIVERSO DALL'INVALIDO (da compilare solo se ricorre uno di questi casi che si è verificato e generalizzando il dichiarante)

- genitore del minore esercente la potestà;**
- tutore legale** (allegare fotocopia del provvedimento di tutela e indicare qui gli estremi _____);
- curatore legale** (allegare fotocopia del provvedimento di curatore e indicare qui gli estremi _____);
- erede legittimo** (indicare la data di decesso dell'invalido ____/____/____);
- dichiarazione resa e sottoscritta dal coniuge** (o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado) dell'invalido che si trova in una situazione di **impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, (DPR 445/00 art 4, 2° comma)** (la dichiarazione deve essere resa al pubblico ufficiale che deve compilare il quadro I);
- procuratore** (l'atto di procura deve essere allegato al presente modulo in copia conforme o con dicitura di conformità all'originale da parte del procuratore. Il procuratore deve inoltre dichiarare, con atto sostitutivo di notorietà ai sensi del DP/R 445/2000, che alla data odierna “ non sono intervenute le cause di estinzione del potere di rappresentanza di cui all'art. 1396 c.c.”

(cognome) _____ (nome) _____
(grado di parentela con l'invalido) _____ nat. a _____ Prov. _____
il _____ residente a _____ Via _____ n° _____
CAP _____ Tel. _____ / _____ COD. FISC. I I I I I I I I I I I I I I I I

QUADRO H – PAGAMENTO DELLE PROVVIDENZE (da compilare sempre)

Il pagamento delle provvidenze dovrà essere effettuato presso:

 UFFICIO POSTALE DI _____ **Agenzia** _____ **IN C/C POSTALE – BANCARIO (indicare il nome dell'istituto di Cred./Postale)** _____**CODICE A B I****CAB SPORTELLO****NUMERO DEL CONTO CORRENTE****I I I I****I I I I I****I I I I I I I I I I I I I I I I**

Il conto corrente sopraindicato è

 intestato / cointestato al beneficiario della provvidenza è intestato al delegato (indicato nell'atto di delega)

data _____

Timbro e firma dell'Istituto di Credito/Agenzia Postale
(obbligatorio solo per l'accredito automatico nel c/c)**DATA** _____
(indicare obbligatoriamente)**FIRMA** _____
(dell'invalido civile, genitore esercente la potestà, tutore, curatore, procuratore o erede)
(si ricorda che quando la dichiarazione è prodotta su più fogli staccati devono essere firmati tutti i fogli)**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- **Fotocopia del codice fiscale** dell'invalido, dell'eventuale delegato alla riscossione e degli altri soggetti generalizzati nel presente modello.
- **Fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido del dichiarante**, (o se non in corso di validità, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione dei dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio) **nei seguenti casi:** invio del presente modello per posta, per fax o consegna diretta da parte di persona diversa del dichiarante agli sportelli addetti al ritiro della documentazione. **N.B. Il documento di riconoscimento deve contenere la firma del titolare altrimenti è necessario rendere la dichiarazione al Pubblico Ufficiale con l'utilizzo del quadro I.**
- **Fotocopia del verbale di riconoscimento dell'invalidità** (dell'ASL o del Ministero dell'Economia e delle Finanze) **o della sentenza giudiziale.**
- **Copia conforme all'originale della procura se la dichiarazione è stata resa dal procuratore.**
- **Fotocopia del certificato di iscrizione alle Liste Speciali di collocamento (L. 68/99) nel caso di invalido obbligato all'iscrizione.**
- **Fotocopia dei seguenti documenti ove esistenti:** carta di soggiorno, provvedimento di tutela, provvedimento di curatela.

MODALITA' DI CONSEGNA E DI SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO**B) INVIO PER POSTA, PER FAX O TRAMITE ALTRA PERSONA:** è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta allegando obbligatoriamente / **fotocopia fronte / retro di un documento di identità con le modalità sopra indicate.****A) PRESTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO:** la firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto (art. 38 comma 3 DPR 445/2000)**DATA** _____ **TIMBRO E FIRMA DEL DIP. ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE** _____**QUADRO I – CASI DI IMPEDIMENTO (Spazio riservato al Pubblico Ufficiale) barrare il caso che interessa:** **Impedimento alla firma (DPR 445/00 art.4, 1° comma).** Il sottoscritto (*generalità del Pubblico Ufficiale*) _____
riceve la dichiarazione DELL'INVALIDO generalizzato nel quadro A della cui identità si è accertato tramite il documento di riconoscimentoDATA _____ / _____ / _____ IL PUBBLICO UFFICIALE _____
(Timbro e firma per esteso) **Impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (DPR 445/00 art. 4, 2° comma).** (Attenzione: deve essere compilato il quadro G).
Il sottoscritto (*generalità del Pubblico Ufficiale*) _____
riceve la dichiarazione nell'interesse dell'invalido (generalizzato nel quadro A) compilata e sottoscritta dal parente (generalizzato nel quadro G) (il quale dichiara che il parente invalido è temporaneamente impedito alla dichiarazione per ragioni connesse al suo stato di salute) e della cui identità il sopra indicato

Pubblico Ufficiale si è accertato tramite il documento di riconoscimento _____

(indicare il grado di parentela _____)

IL DICHIARANTE _____ DATA _____ IL PUBBLICO UFFICIALE _____
(firma del parente fino al 3° grado dell'invalido) (Timbro e firma per esteso)

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE DELLE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DEGLI
INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDOMUTI**

Da compilare solo se si intende nominare un delegato alla riscossione (la delega è un atto che deve essere **obbligatoriamente autenticato** ai sensi di Legge)

Io sottoscritt__ (Cognome)_____ (Nome) _____

nat__ il _____ a _____ Prov.(____) residente a _____

Via _____ n° _____

CODICE FISCALE I I I I I I I I I I I I I I I I

**DELEGO LA PERSONA SOTTO INDICATA A RISCOUTERE PER MIO CONTO
QUANTO DOVUTOMI IN RELAZIONE ALLE PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DEGLI INVALIDI
CIVILI CON ESONERO DELL'UFFICIO PAGATORE DA OGNI RESPONSABILITA' AL RIGUARDO**

(Cognome e nome della persona interessata)_____

Data di nascita _____ sesso _____ (luogo di nascita: Fraz. – Comune – Prov.)_____

Residenza (indirizzo – Fraz. – Comune – Prov.)_____ Via _____ n° _____

CODICE FISCALE I I I I I I I I I I I I I I I I

DATA _____

(Firma del delegante alla presenza del Pubblico Ufficiale)

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTENTICA DELLA FIRMA DELL'ATTO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Il/La sottoscritto/a (generalità del Pubblico Ufficiale) _____ in

qualità di Pubblico Ufficiale ATTESTA che il/la sig./ra delegante _____

della cui identità si è accertato tramite il documento di riconoscimento _____,

ha firmato in sua presenza.

LUOGO _____ DATA _____ **TIMBRO E FIRMA** _____

(del Pubblico Ufficiale)

**SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE CHE ATTESTA L'IMPEDIMENTO DELL'INVALIDO
CIVILE A SOTTOSCRIVERE L'ATTO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE:**

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Pubblico Ufficiale riceve la manifestazione di volontà del delegante, della cui identità si è accertato tramite il documento di riconoscimento

_____, a delegare alla riscossione delle provvidenze economiche – esonerando l'Ufficio pagatore da ogni responsabilità – la persona sopra generalizzata in qualità di delegato/a.

LUOGO _____ DATA _____ **TIMBRO E FIRMA** _____

(del Pubblico Ufficiale)