

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto (cognome e nome)	
Data e luogo nascita	

(eventualmente)

In qualità di	☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ☐ CURATORE ☐ TUTORE ☐ (altro) _____
del sig./ sig.ra	
Data e luogo nascita	

Residente a	PESCARA	CAP
Indirizzo		
Stato civile		
recapiti (tel, fax, e-mail)		
REFERENTE (eventuale)		

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità alle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace (art. 496 del C.P.) tra cui l'interruzione immediata del Servizio, che:

- il **nucleo familiare** è composto da n. ____ adulti e n. ____ minori:

NOMINATIVO	LUOGO di NASCITA	DATA di NASCITA	PARENTELA

- il **reddito mensile** di **ogni singolo componente** il nucleo familiare è il seguente:

COGNOME E NOME	REDDITI da lavoro	PENSIONE – VITALIZI	
		Categoria	Importo

- nel nucleo familiare sono presenti persone con riconoscimento **invalidità civile** e **Legge n. 104/'92**:

COGNOME e NOME	INVALIDITÀ CIVILE		INDENNITÀ ACCOMP.			LEGGE n. 104/1992		
	%	Richiesta in corso	SI	NO	Richiesta in corso	SI	NO	Richiesta in corso

- ai sensi dell'art. 433 C.C., i **parenti tenuti all'obbligo degli alimenti** sono (coniugi, figli, genitori e fratelli/sorelle):

NOME e COGNOME	PARENTELA	LUOGO di RESIDENZA

- abita in un **alloggio**:

☐ di proprietà

☐ in affitto

☐ di proprietà di Ente Pubblico

☐ altro _____

- paga mensilmente la somma di € _____

- (altro)

Pescara, _____

FIRMA

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di quanto previsto nell'informativa n. 13 del Comune di Pescara, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e del GDPR UE 2016/679, relativa alla protezione dei dati personali e pubblicata sul sito dell'Ente nella Sezione Servizi al Cittadino – Politiche Sociali

Pescara, _____

FIRMA
