All’Ambito Territoriale Sociale XXIV

 c/o Unione Montana dei Sibillini

 P.zza IV Novembre n.2

 63087 – Comunanza (AP)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N.445 E SS.MM.II.) - CONTRIBUTO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVISSIMA di cui all’art.3 del DM 26/09/2016 – ANNO 2019.

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………….. Nato/a ……………………………………………..

Prov ( ………..) il ……………………………… Codice Fiscale …………………………………….

Residente a …………………………..……… Prov (.…..) cap ……… In via ………………………………… n. ……….

In qualità di GENITORE DEL MINORE/BENEFICIARIO/FAMILIARE CHE ASSISTE IL BENEFICIARIO

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art.75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti dell’art.47 del citato D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il beneficiario …………………….……………………… riconosciuto in condizione di “disabilità gravissima”, per tutto l’anno 2019 è risieduto stabilmente nel proprio domicilio.

Data……………………………… Firma…………………………………………………

\* Si allega documento di identità del dichiarante