





di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del DPCM n. 159/2013 e del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza dei requisiti o l'errato Indicatore della Situazione Economica Equivalente, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;

### SI IMPEGNA

- a sottoscrivere il Progetto Individuale (PI);
- a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano il ricovero definitivo in strutture sociali, sociosanitarie o sanitarie, il trasferimento di residenza in comuni non compresi nell'ambito territoriale di Bormio o il verificarsi di altre condizioni che determinano la decadenza dal contributo come indicato all'art. 6 del Bando.

Data

Firma (\*)

**(\*) Se il soggetto fragile è impossibilitato a presentare direttamente la domanda e a sottoscrivere la presente dichiarazione:**

- la presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado o in assenza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al quarto grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante;
- la presente dichiarazione è resa in nome o per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale e pertanto si allega copia della sentenza del Tribunale competente;
- la presente dichiarazione è sottoscritta dall'esercente la potestà genitoriale in caso di richiedente minorenne.

**Dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito o in nome e per conto del soggetto stesso**

La/Il sottoscritta/o (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

tipo di parentela col soggetto fragile (specificare) \_\_\_\_\_

Data

Firma (\*)

### ALLEGATI:

- Attestazione ISEE;
- Verbale accertamento invalidità civile;
- Documentazione di gravità prevista dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- Copia del Contratto di assunzione dell'assistente regolarmente impiegato (badante) - per minimo di 25 ore settimanali;
- Scheda di valutazione del grado di non autosufficienza redatta dall'assistente sociale del servizio sociale di base referente per la domanda;

- Copia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- Eventuale Copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore o amministratore di sostegno del soggetto fragile.

L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.