

OGGETTO: DICHIARAZIONE LIBERATORIA contributo ICD sig/sig.ra _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ ivi residente in _____
 _____ Codice Fiscale _____ Carta d'Identità C.I.E. _____ del _____
 _____ a _____ con scadenza il _____

In qualità di _____ del/della sig./sig.ra _____ Nato/a il _____ a
_____ deceduto/a il _____

Effettua la presente dichiarazione liberatoria consapevole che il contributo spettante per:

- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di basso bisogno assistenziale (ICDb)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di elevato bisogno assistenziale (ICD Plus)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale (ICDm)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale (ICDmgs)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per i servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)

non rientra nell'asse ereditario:

- Dichiara di essere stato informato che il contributo regionale viene erogato per le prestazioni effettivamente fornite alla persona in stato di bisogno;
- Accetta che lo stesso contributo sia liquidato alla persona di riferimento indicata in domanda corrispondente alla sottoscritta liberando l'Amministrazione Comunale di _____ da ogni responsabilità anche in caso di eventuale contenzioso tra eredi al seguente al seguente IBAN:

[illegible]

intestato a _____

Dichiaro/a

che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che prestazioni economiche percepite illegittimamente dovranno essere restituite. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la concessione del contributo. Autorizzo codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel presente procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalla legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in albo pretorio o amministrazione trasparente e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. c) ed e) del suddetto Regolamento UE 679/16. Responsabile interno del trattamento dei Suoi dati è il Responsabile dell'Area I – Amministrativa.

Letto, confermato e sottoscritto.

Firma

La firma NON deve essere autenticata. La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa – debitamente firmata – con allegata fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità. L.127/97 – L.191/98 – D.P.R. 403/98 – Circ. MIACEL n. 2/99.

Spazio riservato all'ufficio

Firma apposta in presenza di _____ identificato mediante _____

Il Funzionario Addetto