

**Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

**Modello di dichiarazione di mantenimento dei requisiti al fine dell'erogazione
del contributo assegnato
DGR 4138 del 2020 FNA – misura B2**

La dichiarazione dovrà pervenire, via e-mail, al proprio Comune di Residenza con il seguente scadenziario:

- Per il periodo maggio/giugno/ 2021: entro il 30/06/2021
- Per il periodo luglio/agosto/settembre 2021: entro il 30/09/2021
- Per il periodo ottobre/novembre/dicembre 2021: entro il 31/12/2021
- Per il periodo gennaio/febbraio/marzo/aprile 2022: entro il 29/04/2022

SI RACCOMANDA LA MASSIMA PUNTUALITÀ PER CONSENTIRE LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI NEI TERMINI PREVISTI DALL'AVVISO.

Al Comune di _____

Ambito Territoriale di Seregno

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Tel. _____ e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE (specificare grado di parentela) _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Di **Nome** _____ **Cognome** _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Tel. _____ e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

DICHIARA

- per sé** **per la persona per la quale ha inoltrato la domanda**

Periodo di riferimento

- maggio/giugno/ 2021
 luglio/agosto/settembre 2021
 ottobre/novembre/dicembre 2021
 gennaio/febbraio/marzo/aprile 2022

- il mantenimento dei requisiti e delle condizioni dichiarati nel momento di presentazione

oppure

che nel periodo di riferimento si sono verificate le seguenti situazioni (barrare una o più caselle):

- ricovero in ospedale o altra struttura residenziale DAL _____ AL _____
PRESSO _____;
- ricovero definitivo in struttura residenziale DAL _____;
- trasferimento dalla residenza in altro Comune dell'Ambito di Seregno dal _____
NUOVO COMUNE DI RESIDENZA _____;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia
SPECIFICARE _____;
- modifica del contratto dell'assistente familiare
SPECIFICARE _____;
- cessazione del rapporto con l'assistente familiare
SPECIFICARE DAL _____;
- percepimento misura B1
SPECIFICARE DAL _____;
- decesso del beneficiario del caregiver IL _____;
- modifica della situazione lavorativa del caregiver
SPECIFICARE DAL _____;
- altro
SPECIFICARE _____;

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2;

SI IMPEGNA A

1. comunicare con il calendario sopra indicato, al Comune di propria residenza i cambiamenti relativi ai requisiti che hanno dato diritto al percepimento della misura, come sopra specificato.
1. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere alla MISURA B1.

Data _____

Firma _____