

**MODULO PER EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI (AI SENSI DELLE DGR 2655/14 E 2883/14 – MIS. B2)**

Il/la sottoscritto/a

- : _____
- Familiare della persona non autosufficiente _____
- Tutore/ Curatore o Amministratore di Sostegno della persona non autosufficiente

beneficiario del Buono Sociale per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti (ai sensi delle DGR 2655/14 e 2883/14 – MIS. B2)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA
ai fini della liquidazione mensile del beneficio

- per sé
- per conto del beneficiario

di trovarsi nella seguente condizione:

- Di essere in vita a tutto il mese di _____ e di permanere tutt'ora a domicilio;
- Di essere in vita a tutto il mese di _____ ma di essere stato ricoverato per il periodo dal _____ al _____;
- Di essere stato ricoverato presso struttura residenziale dal _____;
- che il beneficiario è deceduto in data _____.

Acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili per ogni persona presente nella domanda.

_____, il _____

Firma del dichiarante: _____

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

**Trasmettere il presente modulo opportunamente compilato all'indirizzo e-mail:
ufficio.piano@sercop.it oppure via fax al seguente numero 02-93207317.**