

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Modulo da allegare all'attestazione di spesa in un unico file in formato pdf/jpg

ANAGRAFICA

**Il sottoscritto (in stampatello)**

Tipo Socio <sup>1</sup>	Cognome Nome	Codice Fiscale

<sup>1</sup> O= ordinario – F= familiare (coniuge di Socio Ordinario)

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

di essere in condizione di non autosufficienza attestata da certificazione medica rilasciata dal medico di base

che il proprio familiare

	convivente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	------------	-----------------------------	-----------------------------

(indicare SOLO il grado di parentela) <sup>2</sup>

è in condizioni di non autosufficienza attestata da certificazione medica rilasciata dal medico di base

di aver assunto per prestazioni di assistenza - con regolare contratto di lavoro in essere nell'anno di riferimento - un addetto inquadrato nel livello: **C super o D super** (CCNL Fidaldo-Domina\_CgilCislUil\_Federcolf) ovvero nelle categorie **Prima super, Prima** (CCNL Ebilcoba)

di aver sottoscritto un contratto per servizi di assistenza domiciliare con una cooperativa (per badante)

Si impegna a conservare la documentazione in originale e a metterla a disposizione in caso di verifica disposta su richiesta dell'Associazione.

<sup>2</sup> Per familiari si intendono

- il coniuge
- i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi anche naturali
- i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti
- i generi e le nuore
- il suocero e la suocera
- i fratelli e le sorelle

**ALLEGA**

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

copia della ricevuta/bollettino attestante il versamento dei contributi all'INPS - obbligatoriamente riferiti all'anno 2018

oppure

copia della fattura rilasciata dalla cooperativa e della relativa attestazione di pagamento - obbligatoriamente riferiti all'anno 2018

**Attenzione NON allegare documentazione medica**

**Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici conseguenti all'approvazione della domanda di contributo eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 76 e 75).**

Visto, letto e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_