

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 ¹ | Cognome Nome | Codice Fiscale |
|-------------------------|--------------|----------------|
| | | |
| | | |

¹ 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) ²

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.

² 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 2021

oppure

copia della fattura rilasciata dalla cooperativa e della relativa attestazione di pagamento - obbligatoriamente riferiti all'anno 2021

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 _____