



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'** (Artt. 47 e 48 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**PER USO RICHIESTA SUSSIDIO ASSISTENZIALE CURE RIABILITATIVE PER FAMILIARE A CARICO**

(Come da deliberazione del Consiglio di Amministrazione A.N.D.S.A.I. del 16 Marzo 2001)

**TESTO DELLA DICHIARAZIONE**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ associato dell'A.N.D.S.A.I. alla data  
del 31/12/202\_ , nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
Via\Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Fraz. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in relazione alla  
richiesta allegata di sussidio per cure riabilitative effettuate dal mio Coniuge \_\_\_\_\_,  
Figlio/a                      Cognome                      Nome

consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76  
D.P.R. 445/2000), dichiaro sotto la mia personale responsabilità che

coniuge - \_\_\_\_\_ - è con me convivente e non separata legalmente  
Cognome                      Nome

figlio/a - \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Nome

**non dispone di redditi annuali superiori ad € 2.840,51 e che per l'anno in corso è fiscalmente a mio carico.**

**Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).**

Firma del familiare maggiorenne  
interessato al consenso (Reg. UE 2016/679)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso obbligatoria)

Allegare fotocopia della carta di identità dell'associato  
A.N.D.S.A.I. o di un documento equipollente e trascrivere gli estremi: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE NON VERITIERA ED IN TAL CASO L'A.N.D.S.A.I. AVRA' DIRITTO AL RIMBORSO DI QUANTO INDEBITAMENTE EROGATO.**

**ACCETTO IL CONTENUTO DELLA  
PREDETTA AVVERTENZA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso obbligatoria)