



COMUNE DI BOLOGNA
SETTORE COORDINAMENTO SOCIALE E SALUTE - SERVIZIO INVALIDI CIVILI
(dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà artt.46 e 47 DPR 445/2000)

A	<p>Il/la sottoscritto/a _____ Tel . _____ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni e che, qualora al controllo sulle dichiarazioni rese, risultasse la non veridicità delle stesse, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti (artt.75 e 76 D. P. R. .445/2000)</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>di essere nato/a a _____ (_____) il _____ residente a _____ Cap _____ (_____) in via/piazza _____ n. _____ stato civile _____ Codice Fiscale _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere in possesso della cittadinanza italiana <input type="checkbox"/> di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea (Stato _____) regolarmente residente in Italia e di aver svolto un lavoro dipendente o autonomo in uno degli Stati dell'Unione in possesso del seguente titolo di soggiorno: <input type="checkbox"/> attestazione di iscrizione anagrafica cittadino UE, rilasciato da _____ il _____ <input type="checkbox"/> attestato di soggiorno permanente cittadino UE, rilasciato da _____ il _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadino di uno stato non appartenente all'Unione Europea (Stato _____) ma di essere titolare di carta di soggiorno della quale allega copia conforme all'originale.</p> <p><input type="checkbox"/> di essere titolare/in attesa di pensione INPS o di altro ente _____ <input type="checkbox"/> di non essere titolare/ in attesa di pensioni <input type="checkbox"/> di avere ricevuto il verbale di visita medica in data _____</p>
B	<p style="text-align: center;">DA COMPILARSI NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA MINORE, INTERDETTO, INABILITATO</p> <p>Il/la sottoscritto/a _____ (Tel . _____) nato/a a _____ (_____) il _____ residente a _____ Cap _____ (_____) in via/piazza _____ n. _____ Codice Fiscale _____</p> <p>in qualità di : <input type="checkbox"/> Genitore esercente la potestà; <input type="checkbox"/> Rappresentante Legale*; <input type="checkbox"/> Tutore/curatore*; <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno*; (* si allega relativo provvedimento giudiziario di nomina in copia conforme all'originale)</p> <p>DICHIARA I DATI DELL'INVALIDO SIG./RA</p> <p>Nato a _____ (CAP) _____ il _____ Residente a _____ (CAP) _____ via _____ n. _____ Stato civile _____ Codice Fiscale _____</p> <p><input type="checkbox"/> in possesso della cittadinanza italiana <input type="checkbox"/> cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea (Stato _____), regolarmente residente in Italia e di aver svolto un lavoro dipendente o autonomo in uno degli stati dell'Unione, in possesso del seguente titolo di soggiorno: <input type="checkbox"/> attestazione di iscrizione anagrafica cittadino UE, rilasciato da _____ - il _____ <input type="checkbox"/> attestato di soggiorno permanente cittadino UE, rilasciato da _____ il _____</p> <p><input type="checkbox"/> cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea (Stato _____) ma di essere titolare di carta di soggiorno di cui si allega copia conforme all'originale.</p> <p><input type="checkbox"/> titolare/in attesa di pensione INPS o di altro ente _____ <input type="checkbox"/> titolare/ in attesa di pensioni <input type="checkbox"/> ha ricevuto il verbale di visita medica in data _____</p>
C	<p style="text-align: center;">DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE (DELL'INVALIDO)</p> <p>Nome e cognome _____ Nato a _____ (_____) il _____ Codice Fiscale _____</p>

D	Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la sua responsabilità di POSSEDERE (CHE L'INVALIDO POSSIEDE) I SEGUENTI REDDITI PROPRI, AL LORDO DELLE RITENUTE ERARIALI (INDICARE I REDDITI A PARTIRE DALL'ANNO PRECEDENTE A QUELLO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA: NEL CASO NON AVESSE PERCEPITO ALCUN REDDITO INDICARE ZERO NEL TOTALE)	Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che il coniuge (ovvero il coniuge dell'invalido): possiede I SEGUENTI REDDITI PROPRI, AL LORDO DELLE RITENUTE ERARIALI (INDICARE I REDDITI A PARTIRE DALL'ANNO PRECEDENTE A QUELLO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA: NEL CASO NON AVESSE PERCEPITO ALCUN REDDITO INDICARE ZERO NEL TOTALE)					
	TIPOLOGIA dei REDDITI Gli importi devono essere espressi in Euro e arrotondati all' euro inferiore.	QUADRO A REDDITI DEL TITOLARE			QUADRO B REDDITI del CONIUGE		
anno		anno	anno	anno	anno	anno	
1	Redditi da lavoro dipendente e assimilati, compresa Cassa integrazione guadagni, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione e/o pensioni						
2	Arretrati di lavoro dipendente ed assimilati, riferiti ad anni precedenti a quello nel quale vengono percepiti, soggetti a tassazione separata.						
3	Redditi di lavoro autonomo, professionale, parasubordinato e d'impresa (per il coniuge indicare il reddito annuo complessivo) dal _____ al _____ e dal _____ al _____						
8a	Pensioni dirette erogate da Stati esteri						
8b	Pensioni ai superstiti erogate da Stati esteri						
9	Arretrati riferiti ad anni precedenti relativi a pensioni erogate da Stati esteri						
14	Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e dei titoli di Stato, proventi di quote d'investimento, etc.						
15	Redditi di partecipazione in società ed imprese.						
16	Trattamenti di fine rapporto (TFR, buonuscita, liquidazione etc.)						
17	Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti (Cassa integrazione guadagni).						
18	Redditi della casa di abitazione (senza considerare la deduzione fiscale).						
19	Redditi di terreni e fabbricati.						
20	Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (compresi gli assegni alimentari e di sostentamento, i redditi di capitale etc.)						
21	Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso (ad esempio con compagnie di assicurazione).						
26	Assegno vitalizio combattenti guerra 1915/18.						
27	Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF.						
28	Prestazioni assistenziali in denaro erogate dallo Stato o altri Enti pubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accompagnamento per invalidi civili, le indennità previste per i ciechi parziali e l'indennità di comunicazione per sordi).						
30	Redditi di lavoro dipendente prestato all'estero						
31	Arretrati di lavoro dipendente prestato all'estero						
	TOTALE						

E	<p>DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI PERSONE RICONOSCIUTE INVALIDI PARZIALI (74% – 99%)</p> <p><input type="checkbox"/> di svolgere (che l'invalido svolge) attività lavorativa dal _____ presso _____</p> <p><input type="checkbox"/> di non svolgere (che l'invalido non svolge) attività lavorativa dal _____</p> <p>Che nel periodo intercorrente tra la data della richiesta di riconoscimento dell'invalidità e la data della notifica del verbale di visita:</p> <p><input type="checkbox"/> ha svolto attività lavorativa dal _____ al _____</p>
F	<p>DA COMPILARE NEL CASO DI RICHIESTA DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> di non fruire (che l'invalido non fruisce) di indennità analoghe alla indennità di accompagnamento;</p> <p><input type="checkbox"/> di fruire (che l'invalido fruisce) di indennità analoghe alla indennità di accompagnamento, erogate per causa di lavoro, di guerra o di servizio _____ (specificare l'Ente concessivo);</p>
G	<p>DA COMPILARE NEL CASO DI RICHIESTA DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO INVALIDI CIVILI E CIECHI ASSOLUTI e PENSIONE CIECHI ASSOLUTI</p> <p><input type="checkbox"/> di non essere (che l'invalido non è) stato ricoverato successivamente alla domanda presentata all'A.S.L. in reparti di lunga-degenza, in strutture riabilitative, ospedaliere o in Istituto/Casa di Riposo;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere (che l'invalido è) stato ricoverato successivamente alla domanda presentata all'A.S.L. in reparti di lunga-degenza, in strutture riabilitative, ospedaliere o in Istituto/Casa di Riposo (indicare struttura e reparto):</p> <p>Luogo del ricovero _____ dal _____ al _____</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> con retta a totale/parziale carico del richiedente</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> con retta a totale/parziale carico del richiedente</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> a titolo gratuito <input type="checkbox"/> con retta a totale/parziale carico del richiedente</p>
H	<p>DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI RICHIESTA DI INDENNITÀ DI FREQUENZA</p> <p>Dichiara altresì che il predetto minore:</p> <p><input type="checkbox"/> frequenta un corso scolastico o di addestramento o formazione professionale presso l'Istituto (specificare denominazione e sede) _____ _____ dal _____ al _____</p> <p><input type="checkbox"/> è sottoposto a trattamento terapeutico riabilitativo presso il seguente Centro (specificare denominazione e sede) _____ dal _____ al _____</p> <p><input type="checkbox"/> non possiede redditi</p> <p><input type="checkbox"/> possiede i seguenti redditi nei seguenti anni: anno _____ Euro _____ anno _____ Euro _____ derivanti da _____</p> <p><input type="checkbox"/> non è ricoverato</p> <p><input type="checkbox"/> è ricoverato in un Centro in maniera continuativa e permanente</p> <p>Si obbliga, altresì, a comunicare sotto la propria responsabilità ed in osservanza al disposto dell'articolo 2, comma 3, della legge 289/90, la cessazione della frequenza da parte del minore ai trattamenti terapeutici o riabilitativi o al corso scolastico o a quello di formazione o addestramento professionale, nonché a restituire i ratei che risultassero indebitamente percepiti in conseguenza della mancata o tardiva comunicazione di quanto sopra.</p>
I	<p>DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI CECITA' PARZIALE O TOTALE</p> <p>Dichiara altresì ai sensi dell'Art. 40 della L. 27.12.02 n° 289 :</p> <p><input type="checkbox"/> di non fruire di servizio di accompagnamento</p> <p><input type="checkbox"/> di fruire, o aver fruito, di servizio di accompagnamento _____ (specificare periodo)</p>

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il sottoscritto _____ CHIEDE che l'importo sia corrisposto presso:

POSTE ITALIANE S.p.A. (*)

UFFICIO POSTALE DI: _____ AG. _____ INDIRIZZO: _____

Tel.: _____ fax: _____

allo sportello

cod. ABI _____ cod. CAB / FRAZIONARIO _____

c/c postale: CAB / FRAZIONARIO _____ c/c n°. _____

cod. IBAN: _____

Libretto di Risparmio nominativo N° _____

cod. IBAN: _____

data: ____/____/____

TIMBRO

_____ *firma del funzionario*

ISTITUTO BANCARIO (*)

BANCA: _____ AG. _____ INDIRIZZO: _____

Tel.: _____ fax: _____

allo sportello

cod. ABI _____ cod. CAB _____

con assegno circolare

c/c bancario N° _____ cod. IBAN: _____

libr. di Risparmio nominat. N° _____ cod. IBAN: _____

data: ____/____/____

TIMBRO

_____ *firma del funzionario*

(*)N.B. QUESTA SCELTA DELLE MODALITÀ DI PAGAMENTO HA VALORE ANCHE PER GLI ALTRI EVENTUALI TRATTAMENTI PENSIONISTICI GIÀ EROGATI DALL' INPS ALL'INTERESSATO.

(*)N.B.: I CONTI CORRENTI E I LIBRETTI, SIA POSTALI CHE BANCARI, DEVONO ESSERE INTESTATI O COINTESTATI AL RICHIEDENTE INVALIDO (in caso di minore o di soggetto interdetto/inabilitato al rappresentante legale).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D. P. R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che le presenti dichiarazioni corrispondono a verità e che le notizie fornite corrispondono a dati ed elementi a sua disposizione al momento della dichiarazione e si impegna a comunicare tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni al Comune tutte le variazioni che interverranno.

Data _____

FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE

La dichiarazione è sottoscritta da: _____ nato/a a _____

in qualità di _____ (grado di parentela) in quanto l'invalido interessato è temporaneamente impossibilitato alla firma.

Documento di riconoscimento _____

Dichiara inoltre a titolo informativo e conoscitivo:

1. di comunicare qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate ;
2. di essere stato messo a conoscenza che il Settore Coordinamento Sociale e Salute - Servizio Invalidi Civili potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
3. di aver ricevuto e accettato l'Informativa resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30.06.03 n.196 ;
L'Amministrazione Comunale informa , ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che:
 - a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza /dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per la corresponsione della pensione, assegno, indennità di accompagnamento dell'invalido;
 - b) il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 135/1999 e dai provvedimenti dal Garante per la Protezione dei Dati Personali;
 - c) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
 - d) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
 - e) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
 - f) i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno comunicati per gli adempimenti procedurali a soggetti Pubblici (Az.USL, INPS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, altri Comuni), a soggetti privati (ai sensi dell'art.8 del Regolamento sulla tutela della privacy del Comune di Bologna);
 - g) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati etc...) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune individuato nel Direttore del Settore a cui è stata rivolta l'istanza;
 - h) la cancellazione dei dati comporta l'annullamento della domanda di corresponsione della pensione, assegno, indennità di accompagnamento dell'invalido;
 - i) il titolare del trattamento è il Comune di Bologna, con sede in Piazza Maggiore,6 – 40121-Bologna;
 - j) il responsabile del trattamento è il Direttore del Settore a cui è stata rivolta l'istanza.

Data _____

FIRMA _____

Si assicura che i dati personali in possesso dello scrivente sono utilizzati al solo fine della concessione delle provvidenze richieste e, comunque, nel rispetto del Decreto Legislativo del 30.6.2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali.

AVVERTENZE

1. La firma in calce al presente modulo dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure, se egli è minore, interdetto, inabilitato o beneficiario di amministratore di sostegno, rispettivamente dal genitore, o tutore, curatore, amministratore di sostegno, con annotazione degli estremi del decreto di nomina del tribunale.
2. Ai sensi dell'articolo 4 del DPR 28.12.2000 n.445, la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da Pubblico Ufficiale (Funzionario Comunale o Funzionario INPS), previo accertamento dell'identità del dichiarante;
3. In caso di impedimento **temporaneo**, la dichiarazione può essere sostituita dalla dichiarazione contenente espresse indicazioni dell'esistenza di un impedimento resa dal coniuge o, in sua assenza dai figli, o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, a Pubblico Ufficiale (ad es. Funzionario Comunale o Funzionario INPS), previo accertamento dell'identità del dichiarante.

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' nel caso di trasmissione del presente modulo per posta , tramite fax o per il tramite di altra persona.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE

Il sottoscritto funzionario incaricato attesto che il dichiarante

Ha direttamente presentato e sottoscritto in mia presenza la sopracitata domanda

Documento di riconoscimento _____

Ha presentato la domanda per via telematica, per posta o tramite terzi, accompagnata da fotocopia del documento di identità (allegata)

Ha reso la dichiarazione su estesa in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante _____ in quanto:

Non sa firmare

È impedito in modo permanente alla sottoscrizione

Li _____ IL FUNZIONARIO INCARICATO _____

Timbro
dell'Ufficio