



DISTRETTO **RM5.4**
SOCIO SANITARIO

AMBITO SOVRADISTRETTUALE ROMA 5.3 e 5.4
Capofila Comune di Tivoli

AVVISO PUBBLICO

HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

Il Comune di Tivoli, in qualità di Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale costituito dai Distretti Sociosanitari **RM5.3** e **RM5.4**

VISTI

- la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate" come modificata dalla Legge del 21 maggio 1998, n.162;
- la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016, "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";
- la D.G.R. n. 660/2017;
- la Legge n. 328, recante del 28 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il D.P.C.M. del 17 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che stabilisce che l'assistenza socio-sanitaria venga prestata alle persone che presentano problemi di salute e di azioni di protezione sociale, per lunghi periodi sulla base di progetti personalizzati, e demanda alle Regioni la disciplina inerente le modalità ed i centri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati;
- la Legge Regionale n. 6 del 26 aprile 2012, "Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza";
- la D.G.R. n. 504/2012, "Modifica al progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficiente approvato con D.G.R. n. 544/2010. Integrazione D.G.R. n. 408/2012 con finalizzazione della somma di € 3.000.000,00 sul Capitolo H41900 E.F. 2012 per interventi in materie di Alzheimer. Modalità di utilizzazione dell'importo complessivo di € 7.026.285,72";
- la Determinazione n. B08785 del 12 novembre 2012 recante "Attuazione D.G.R. 504/2012. Approvazione dei criteri per la concessione e utilizzazione dei contributi per la realizzazione di azioni di sistema in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari";
- la D.G.R. n. 136 del 25 marzo 2014, "L. R. n. 38/96, art. 51;
- la Determinazione n. G15750 del 7 novembre 2014, recante "Attuazione delle delibere di Giunta Regionale n. 504/2012 e n. 136/2014".
- la D.G.R. n. 633/2014, "Programma di utilizzazione delle risorse statali di cui al D. M. 7 maggio 2014 – Fondo per le non autosufficienze, annualità 2014".
- i verbali delle riunioni del Comitato Istituzionale dell'Accordo di Ambito Territoriale Ottimale RM5;

AVVISA

che i Distretti:

- **RM5.3**, Comune capofila: **Tivoli**;

- **RM5.4**, Comune capofila: **Olevano Romano**;

avviano il *Programma Integrato Sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e altre demenze e loro familiari*, denominato:

HOME CARE ALZHEIMER

nell'ambito degli interventi di cui alla D.G.R. n. 504 del 17 ottobre 2012 e della Determinazione Dirigenziale della Regione Lazio n. B08785 del 12 novembre 2012.

- 1. BENEFICIARI.** Persone affette dalla **malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)** residenti nei seguenti Comuni:
 - **Distretto RM5.3:** Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Tivoli, Vicovaro;
 - **Distretto RM5.4:** Affile, Agosta, Anticoli Corrado, Arcinazzo Romano, Arsoli, Bellegra, Canterano, Camerata Nuova, Cervara di Roma, Cineto Romano, Jenne, Marano Equo, Olevano Romano, Riofreddo, Rocca Canterano, Rocca S. Stefano, Roiate, Roviano, Subiaco, Vallepietra, Vallinfreda, Vivaro Romano;
- 2. OBIETTIVI.** Realizzare nel territorio dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4 una rete di servizi e d'interventi di natura socioassistenziale integrata rivolti alle **persone affette da malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, e loro familiari, capace di adattarsi e rispondere – nelle diverse fasi della patologia – in modo articolato e continuo ai bisogni terapeutici, assistenziali e di sostegno quotidiano. A tal fine saranno erogate prestazioni economiche con specifico riferimento ad interventi domiciliari gestiti in forma indiretta con la formulazione di un P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato) stilato dal Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza e condiviso dal beneficiario – se in grado – o dal *caregiver* ovvero dall'*amministratore di sostegno/tutore* in cui sono specificate le azioni assistenziali, le modalità di esplicazione, i tempi e gli orari che possano favorire l'univocità di alcuni interventi per ottimizzare i risultati e gli obiettivi fissati. Nella gestione indiretta l'utente è libero di scegliere il proprio **Assistente Familiare, quale persona qualificata secondo i requisiti previsti dalla Legge 609/2007** (o figura equipollente), con assunzione diretta dell'Assistente Familiare, da parte del caregiver, dell'amministratore di sostegno/tutore o del beneficiario stesso o indirettamente, per mezzo di organizzazioni operanti nel territorio con personale rispondente ai requisiti richiesti; in ogni caso, il beneficiario è tenuto a regolarizzare il rapporto con il proprio Assistente Familiare o con l'organizzazione che presterà personale qualificato, mediante un contratto di lavoro ai sensi della normativa vigente (inclusi gli oneri assicurativi previdenziali). L'Ambito Sovradistrettuale non è responsabile dell'eventuale inosservanza od omissione delle disposizioni vigenti in materia.
- 3. DURATA.** Il *Programma Integrato Sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze*, ha la durata **di un anno** a partire presumibilmente dal mese di aprile 2020 fino al mese di marzo 2021.
- 4. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA.** I documenti necessari per l'accesso al Programma e relativa valutazione sono:

- a) istanza, come da allegato A, compilata in ogni sua parte, datata e sottoscritta;
- b) autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da allegato B compilata in ogni sua parte, datata e sottoscritta;
- c) documento di identità in corso di validità del beneficiario e del familiare o amministratore di sostegno/tutore;
- d) certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- e) certificazione sanitaria attestante la **malattia di Alzheimer o malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio; la documentazione attestante la diagnosi è richiesta solo per i nuovi istanti, mentre i beneficiari in continuità possono ometterla in quanto già acquisita.
- f) test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) e test CDR estesa (Clinical Dementia Rating Scale), rilasciati nel corso degli ultimi dodici mesi dagli ex Centri Uva/CDCD o da specialista neurologo o geriatra di struttura pubblica e/o accreditata del sistema sanitario nazionale, o da Centri Assistenza Domiciliare (CAD). **I test vanno allegati per esteso.**
- g) nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi la condizione di impossibilità di firma, è richiesto un provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.

5. ISTRUTTORIA ED AMMISSIONE. L'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà all'istruttoria delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse, anche attraverso visite domiciliari a cura del Servizio Sociale Professionale territoriale, per una relazione sulla situazione sociale, ambientale ed economica del beneficiario.

Una Commissione sociosanitaria appositamente costituita (composta da medici, assistenti sociali e referenti degli Uffici di Piano Distrettuali) opererà la valutazione di merito – sociale, assistenziale e sanitaria – in base alla quale verrà redatta la graduatoria sovradistrettuale per l'erogazione del contributo sulla base del punteggio assegnato.

6. CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE. Il punteggio finale assegnato ad ogni beneficiario è il risultato della somma dei punteggi derivanti dalla presenza dei seguenti criteri:

	Criterio	Punti	Totale
1)	Situazione sanitaria		40
1.1	ADL 0-3: 10; ADL 4-5: 5; ADL 6: 0.	10	
1.2	IADL 0-3: 10; IADL 4-7: 5; IADL 8: 0.	10	
1.3	MMSE 0-7: 10; MMSE 8-12: 7; MMSE 13-18: 5; MMSE 19-24: 3; MMSE >24: 0.	10	
1.4	CDR 4-5: 10; CDR 3: 7; CDR 2: 5;	10	

	CDR 1: 3; CDR 0-0,5: 0.		
2)	Situazione sociale		60
2.1	<u>Composizione del nucleo familiare</u> Vive solo: 10; nucleo di due persone: 8; nucleo di tre persone: 6; nucleo di quattro persone: 4; nucleo di cinque persone: 2; nucleo di sei persone e oltre: 0.	10	
2.2	<u>Situazione familiare</u> Presenza nello stesso nucleo di altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente: 10; presenza altre persone disabili: 6; coniugi o parenti anziani o minori conviventi: 4; assenza di persone disabili, anziani e minori: 0	10	
2.3	<u>Attività o prestazioni socio-riabilitative e sanitarie godute dal beneficiario</u> Non usufruisce di nessun servizio: 10; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali o di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 5; usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali e di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 0.	10	
2.4	<u>Condizioni socio-ambientali</u> Nucleo che vive in luogo isolato: 10; nucleo che vive nel centro urbano in assenza di servizi socio-sanitari: 7; nucleo che vive nel centro urbano in presenza di servizi socio-sanitari: 4; nucleo che vive vicino (-500 m) a servizi e strutture socio assistenziali: 0.	10	
2.5	<u>Condizione economica (ISEE)</u> Da € 0 a € 7.500,00: 20; da € 7.500,01 a € 10.000,00: 15; da € 10.000,01 a € 15.000,00: 10; da € 15.000,01 a 20.000,00: 5; oltre 20.000,00: 0.	20	
Totale			100

7. **EROGAZIONE.** Il Comune di Tivoli, in qualità di Ente capofila dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4, corrisponderà al beneficiario riconosciuto e avente diritto, un contributo periodico – di seguito **assegno di cura** - nel corso dell'anno di svolgimento del servizio, definito sulla base della graduatoria degli aventi diritto. In sede di commissione di valutazione saranno definite n. 3 fasce di contributo sulla base del punteggio totale ottenuto in graduatoria. **Il contributo minimo annuale è stabilito nell'importo di € 5.000,00**, fino ad esaurimento del fondo regionale disponibile. Qualora il fondo non garantisca la copertura totale della graduatoria, verrà creata una lista d'attesa e si procederà allo scorrimento della stessa.
- Per l'**erogazione del contributo a rimborso**, il beneficiario è tenuto a presentare trimestralmente, all'Ufficio di Piano del Distretto di riferimento, una rendicontazione delle spese sostenute inerenti il progetto, con le relative quietanze di pagamento.
- Il beneficiario o il suo amministratore di sostegno/tutore/caregiver dovrà presentare altresì copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare e copia dell'attestato di qualifica dello stesso.
- L'Ufficio d'Ambito, per il tramite dei servizi sociali territoriali, esercita la vigilanza e il controllo sull'attività svolta dal singolo Assistente Familiare nei confronti dell'utente e verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità

auspicate. In caso di ricovero dell'utente in R.S.A., hospice e servizi di sollievo per un periodo superiore a 15 (quindici) giorni, l'assegno di cura sarà sospeso ed eventualmente ripristinato alla fine del ricovero/ospitalità. Il beneficiario è tenuto alla comunicazione tempestiva al Servizio Sociale del Comune di residenza della data di ricovero e di dimissione.

Il contributo è da considerarsi integrativo agli interventi sociosanitari già in atto.

L'assegno di cura non è compatibile con altri interventi di assistenza domiciliare, componente sociale, già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura necessarie in base al PAI a tutela della persona.

L'assegno di cura non è compatibile con altri trattamenti di tipo economico riguardanti lo stesso servizio quali, ad es., Home Care Premium: in caso di fruizione di entrambi gli assegni, il rimborso del progetto Home Care Alzheimer sarà decurtato dell'intera somma corrispondente a quanto percepito con contributi analoghi.

8. **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.** La domanda dovrà essere presentata su apposita modulistica (reperibile sui siti istituzionali dei Comuni Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4, sul sito istituzionale della ASL RM 5, e presso i siti istituzionali dei Comuni dei Distretti), completa, **a pena di esclusione per i punti dal 4.a) al 4.f)**, della documentazione di cui al punto 4 e consegnata a mano o a mezzo posta con R/R citando in oggetto "Programma HOME CARE ALZHEIMER", o via PEC all'indirizzo PEC dell'ufficio protocollo del proprio Comune di residenza. Per il punto **4.g)**, in caso di non conformità della documentazione, l'utente sarà sostenuto nel processo di regolarizzazione.

LA DOMANDA COMPLETA DELLA DOCUMENTAZIONE DOVRÀ PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL GIORNO 31/12/2019.

SI INVITANO I RICHIEDENTI AD AVVALERSI DEL SUPPORTO DEL P.U.A./SEGRETARIATO SOCIALE/SERVIZIO SOCIALE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA DOMANDA.

L'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4 provvederà a redigere la graduatoria degli aventi diritto all'assegno di cura, sulla base delle domande presentate e in ragione delle risorse regionali messe a disposizione per l'Ambito stesso.

I beneficiari riceveranno una lettera di comunicazione che dovranno restituire firmata come atto di formale accettazione degli obblighi connessi al riconoscimento del beneficio. I beneficiari che entro tre mesi dalla formale accettazione non avranno attivato l'assistenza familiare, saranno considerati decaduti dal beneficio.

La graduatoria con gli aventi diritto rimarrà valida per un anno e si procederà al suo scorrimento al verificarsi di mutamenti nei riguardi degli ammessi e/o dei beneficiari. **Per ulteriori informazioni è possibile contattare gli Uffici dei Servizi Sociali Professionali di competenza dei Distretti.**

Tivoli, 31 ottobre 2019

La Responsabile
dell'Ambito Sovradistrettuale
RM5.3 – RM5.4
Dott.ssa Lucia Leto



DISTRETTO **RM5.4**
SOCIO SANITARIO

AMBITO SOVRADISTRETTUALE ROMA 5.3 e 5.4
Capofila Comune di Tivoli

AVVISO PUBBLICO
HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

Il Comune di Tivoli, in qualità di Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale costituito dai Distretti Sociosanitari **RM5.3** e **RM5.4**

AVVISA

che i Distretti **RM5.3**, Comune capofila: **Tivoli** e **RM5.4**, Comune capofila: **Olevano Romano** avviano il *Programma Integrato Sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e altre demenze e loro familiari*, denominato:

HOME CARE ALZHEIMER

nell'ambito degli interventi di cui alla D.G.R. n. 504 del 17 ottobre 2012 e della Determinazione Dirigenziale della Regione Lazio n. B08785 del 12 novembre 2012.

Possono inoltrare domanda di concessione del beneficio le persone affette dalla malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile) residenti nei Comuni dei Distretti sopra elencati; a tal fine saranno erogate prestazioni economiche con specifico riferimento ad interventi domiciliari gestiti in forma indiretta con la formulazione di un P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato).

Il beneficio economico ha la durata **di un anno**, presumibilmente da aprile 2020 a marzo 2021.

La richiesta di contributo economico potrà essere presentata su apposita modulistica (reperibile sui siti istituzionali dei Comuni Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4, sul sito istituzionale della ASL RM 5, e presso i siti istituzionali dei Comuni dei Distretti), completa, **a pena di esclusione**, della documentazione di cui al punto 4 dell'avviso integrale e consegnata a mano o a mezzo posta con R/R citando in oggetto "Programma HOME CARE ALZHEIMER", o via PEC all'indirizzo PEC dell'ufficio protocollo del proprio comune di residenza.

La domanda completa della documentazione dovrà pervenire **entro e non oltre le ore 12:00 del giorno 31 dicembre 2019**.

L'avviso integrale e la modulistica sono pubblicati sui siti istituzionali dei Comuni Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.3 – RM5.4, sul sito istituzionale della ASL RM 5, e presso i siti istituzionali dei Comuni dei Distretti.

Tivoli, 31 ottobre 2019

La Responsabile
dell'Ambito Sovradistrettuale
RM5.3 – RM5.4
dott.ssa Lucia Leto



DISTRETTO **RM5.4**
SOCIO SANITARIO

Al Distretto Socio-Sanitario RM5. __

c/o il Comune di residenza _____

HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

RICHIEDENTE/BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____
E-mail _____
PEC _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____

Nel caso in cui il richiedente non coincidesse con il beneficiario, compilare la seguente sezione.

Richiedente in qualità di:

- tutore
- amministratore di sostegno
- altro (specificare: _____)

In favore di:

BENEFICIARIO

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (_____)
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ telefono _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. (_____)
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ telefono _____

CHIEDE

Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012).

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del D. Lgs. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA A PENA DI ESCLUSIONE

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al bando;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario e del familiare o amministratore di sostegno/tutore;
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- solo per i nuovi istanti: certificazione sanitaria attestante la **malattia di Alzheimer o malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) e test CDR estesa (Clinical Dementia Rating Scale), rilasciati nel corso degli ultimi dodici mesi dagli ex Centri Uva/CDCD o da specialista neurologo o geriatra di struttura pubblica e/o accreditata del sistema sanitario nazionale, o da Centri Assistenza Domiciliare (CAD). **I test vanno allegati per esteso.**

Nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi la condizione di impossibilità di firma, allega altresì:

- provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.P.R. 679/2016)

I dati personali trattati dal Settore IV del Comune di Tivoli sono raccolti per finalità di assistenza pubblica. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il

Comune di Tivoli, Piazza del Governo, 1, che si avvale anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è visibile sul sito www.comune.tivoli.rm.it.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente/beneficiario

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
 nato/a a _____ prov. (____) il _____
 Codice fiscale _____
 residente nel Comune di _____ prov. (____)
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ telefono _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. (____)
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ telefono _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma
