

**MODULO PER EROGAZIONE BUONO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI  
NON AUTOSUFFICIENTI (AI SENSI DELLE DGR 2655/14 E 2883/14 – MIS. B2)**

Il/la sottoscritto/a

- : \_\_\_\_\_
- Familiare della persona non autosufficiente \_\_\_\_\_
- Tutore/ Curatore o Amministratore di Sostegno della persona non autosufficiente  
\_\_\_\_\_

beneficiario del Buono Sociale per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti (ai sensi delle DGR 2655/14 e 2883/14 – MIS. B2)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**  
**ai fini della liquidazione mensile del beneficio**

- per sé
- per conto del beneficiario

di trovarsi nella seguente condizione:

- Di essere in vita a tutto il mese di \_\_\_\_\_ e di permanere tutt'ora a domicilio;
- Di essere in vita a tutto il mese di \_\_\_\_\_ ma di essere stato ricoverato per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- Di essere stato ricoverato presso struttura residenziale dal \_\_\_\_\_;
- che il beneficiario è deceduto in data \_\_\_\_\_.

Acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili per ogni persona presente nella domanda.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante: \_\_\_\_\_

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

**Trasmettere il presente modulo opportunamente compilato all'indirizzo e-mail:  
ufficio.piano@sercop.it oppure via fax al seguente numero 02-93207317.**