

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

## Da allegare obbligatoriamente nel caso di ISEE 0

(art. 47 DPR. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

residente a ..... Via ..... n. ....

**consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)**

### D I C H I A R O:

DI RICEVERE AIUTI ECONOMICI DA:

*(barrare la casella che interessa)*

SERVIZI SOCIALI ASL 11

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

ATTIVITA' LAVORATIVA \_\_\_\_\_

CHE SOTTOSCRIVE LA PRESENTE DICHIARAZIONE ALLEGANDO COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

Firma

.....

ALTRO (specificare la fonte di reddito *es. redditi non imponibili, attività lavorativa iniziata nel corso del 201*.....)

Data .....

Il Dichiarante

.....

---

La dichiarazione sostitutiva da produrre agli organi della P.A. o ai gestori di pubblici servizi è sottoscritta dell'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore. Tali modalità operative garantiscono l'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 21 comma 1 DPR 445/2000.

Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni stesse. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000).

I dati personali contenuti nella richiesta:

- saranno trattati nel rispetto della vigente normativa di salvaguardia della riservatezza ai sensi del GDPR 2016/679e del D.Lgs 196/2003;
- saranno utilizzati al solo scopo di espletare le procedure inerenti al servizio in oggetto e di adottare ogni atto relativo a questo conseguente;

A tale proposito si invita a prendere visione dell'informativa allegata alla presente e consultabile all'indirizzo: <https://www.comune.empoli.fi.it/privacy>.

Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento

## DICHIARA

- Di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali
- Di NON prestare consenso al trattamento dei dati personali

*(Si informa che in caso in cui il consenso venga negato non sarà possibile procedere con l'istruttoria per la concessione del servizio/contributo richiesto.)*