

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DATI DEL RICHIEDENTE (Chi presenta la dichiarazione)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il / ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (CS) in

via/piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ E-mail / PEC _____

in qualità di:

- ☐ **Beneficiario diretto**
- ☐ **Richiedente/Esercente la responsabilità genitoriale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno** del beneficiario sotto indicato

DATI DEL BENEFICIARIO FINALE (Qualora diverso dal richiedente)

Il Minore/Giovane _____

Nato/a a _____ (____), il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (CS), in

via/piazza _____ n. _____

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

(barrare la voce che interessa)

- ☐ **CHE IL BENEFICIARIO E IL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE NON HANNO RICEVUTO**, nel periodo di riferimento del progetto, alcun altro contributo, sussidio o sostegno economico da parte di enti pubblici (Comune, ATS, Regione, INPS, ecc.) per le medesime finalità o spese.

OPPURE

- ☐ **CHE IL BENEFICIARIO O IL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE HANNO GIÀ PERCEPITO / SONO IN ATTESA DI PERCEPIRE** i seguenti contributi o sussidi pubblici per le medesime finalità:

Soggetto che ha percepito il sussidio (es. Beneficiario/familiare)	Ente Erogatore	Tipologia del Contributo / Misura (Es. Contributo Affitto, Buono Spesa, Assegno di Inclusione, Fondo Povertà, ecc.)	Importo (€)	Anno - Periodo
			€	
			€	
			€	

DICHIARA ALTRESÌ:

1. Di essere consapevole che la presente dichiarazione è vincolante per l'erogazione del contributo e che l'Ente/ATS si riserva di effettuare controlli d'ufficio (art. 71 D.P.R. 445/2000).
2. Di prendere atto che, in caso di sovrapposizione di contributi, l'importo spettante al beneficiario finale potrà essere ricalcolato, ridotto o revocato.

Luogo e Data

Firma del Richiedente

(Si allega copia del documento d'identità in corso di validità del Richiedente)