

Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa
(art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ (____) Il ____/____/____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di Sostegno

Nome/cognome _____ nat_ a _____ (____) Il ____/____/____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

Che il nucleo familiare di appartenenza del ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato ☐ amministrato è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela (Beneficiario)

- ☐ Che il beneficiario non ha percepito nell'anno 2025 nessun contributo economico Nazionale, Regionale, Comunale;
- ☐ Che il beneficiario (per adulti sottoposti ad amministrazione di sostegno, tutela o curatela) ha percepito nell'anno 2025 uno o più seguenti contributi economici:

☐ ADI (Assegno di Inclusione) Si ☐ No ☐ (importo mensile € per mesi)

- ☐ Altri contributi da altri Enti (Specificare tipologia) _____
Si ☐ No ☐ (importo mensile € _____ per mesi _____)
- ☐ Pensione Invalidità Civile (13 mensilità)
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- ☐ Assegno sociale
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- ☐ Pensione INPS o assegno ordinario INPS
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- ☐ Pensioni o indennità INAIL
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- ☐ Pensione per causa di guerra o servizio
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- ☐ Altro (Specificare tipologia di reddito) _____
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

Dichiara inoltre che:

- ☐ Per l'anno 2025 il reddito imponibile della famiglia di appartenenza è pari ad € _____
(ai fini della concessione del contributo il reddito annuo imponibile della famiglia di appartenenza di minori, amministrati, interdetti o inabilitati non può essere superiore a € 42.513,74 e il reddito mensile individuale non può essere superiore ad € 489,62)
- ☐ Che il nucleo familiare ha percepito nell'anno 2025 uno o più seguenti contributi economici:
- ☐ Reis ☐ Sì ☐ No ☐ (importo mensile € _____ per mesi _____)
- ☐ ADI (Assegno di Inclusione) ☐ Sì ☐ No ☐ (importo mensile € _____ per mesi _____)
- ☐ che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;
- ☐ di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità;
- ☐ di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D. Lgs. 101/2018 e del regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rispetto alle modalità di accreditalmento del contributo comunica che il codice IBAN è il seguente:

[illegible]

intestato a

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Ossi, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente:

- ☐ Modulo A
- ☐ Dichiarazione dei redditi (nucleo familiare)
- ☐ Pezze giustificative di pensioni, indennità, emolumenti, ecc.
- ☐ Fotocopia documento di identità (obbligatorio)
- ☐ informativa sulla privacy (obbligatorio)
- ☐ certificato Isee 2026 (non obbligatorio)
- ☐ altro (specificare)