**RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA PER SERVIZIO**

Al comune di Fagnano Olona

=============

Il/la sottoscritto/a *(generalità del richiedente):*

|  |
| --- |
| **COGNOME** |
| **NOME** |
| **CODICE FISCALE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(sua residenza anagrafica)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIA/PIAZZA** | **N.** | **21054 FAGNANOOLONA** |
| **TEL./CELL.** | **MAIL** |

CHIEDE

Di poter beneficiare dell’agevolazione tariffaria per il pagamento del servizio di:

* ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANIE/O DISABILI
* PASTI ADOMICILIO
* TELESOCCORSO

A tale scopo, ai sensi degli artt.46 e 47del D.P.R.28/12/2000 n.445

AUTOCERTIFICA

Che l’’ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) ha un valore di

€ , calcolato sulla base delle informazioni raccolte con la DSU

prot. n. , rilasciata il .

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previstedall’art.lo76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.** Dichiara inoltre di essere a conoscenza:

* Che l’informativa privacy è consultabile sul sito istituzionale dell’ente, sezione amministrazione trasparente ai sensi del GDPR 679/2024
* Che l’Amministrazione comunale ha facoltà, ai sensi delle normative vigenti, di inoltrare al Ministero delle Finanze i nominativi dei componenti dei nuclei familiari dei beneficiari di agevolazioni tariffarie o contributi economici, ai fini di un controllo sostanziale della loro effettiva posizione reddituale e patrimoniale, nonché potrà procedere per via telematica a tutti i controlli che riterrà opportuni relativi al caso.

Data firma