

- Che non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio sanitario Regionale e di altro soggetto pubblico;
- Che il reddito **individuale ANNUALE** è determinato come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO ⁽³⁾
Anno di riferimento¹ (_____)			Totale reddito NETTO ANNUO	

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

<p>Dichiaro di essere informato, ai sensi del GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.</p>	
URI _____	Firma _____

Da apporre al momento della consegna all'incaricato

URI, _____	Il/la DICHIARANTE _____
------------	----------------------------

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata all'Ufficio Protocollo ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.
SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta entro il 28 Febbraio di ogni anno all'Ufficio competente.

¹ Indicare l'anno di riferimento del Reddito.