Comune di
ORNICA

Dichiarazione di responsabilità

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ nr. _____

D I C H I A R A

A) che nel periodo decorrente dalla data di presentazione della domanda di concessione dell'indennità di accompagnamento a tutt'oggi **non è stato ricoverato** in istituto (casa di riposo ovvero ospedale in reparti di lunga degenza o riabilitativi o psichiatrici) con retta **a totale carico** di ente pubblico;

o p p u r e

A.1) **che è/è stato ricoverato** in istituto (casa di riposo ovvero ospedale in reparti di lunga degenza o riabilitativi o psichiatrici) con retta **a totale carico** di ente pubblico. Al riguardo si indicano i periodi di ricovero:

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B) ☐ **di fruire** di prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio

☐ **di non fruire** di prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

DICHIARA INOLTRE DI IMPEGNARSI FORMALMENTE

a comunicare con tempestività alla Prefettura eventuali variazioni che possono comportare la perdita dei requisiti prescritti.

Ornica, _____ Firma

_____