

OGGETTO: SAD ANNO 2024 – TRASMISSIONE BUSTA PAGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ e residente in
Via _____ Telefono _____

In qualità di:

- ☐ Beneficiario del Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD
ANNUALITA' 2024
- ☐ Genitore/amministratore di sostegno/tutore/familiare di riferimento

in favore di _____ nato/a a _____
il _____ e residente in Via _____
Telefono _____

con la presente chiede il rimborso delle spese sostenute per il Servizio di Assistenza Domiciliare e trasmette alla SV la seguente documentazione
(apporre la crocetta sul quadratino di riferimento)

- ☐ busta paga relativa al mese di _____
- ☐ contratto di lavoro _____
- ☐ contributi INPS:
 - ☐ 1^ trimestre ☐ 2^ trimestre ☐ 3^ trimestre ☐ 4^ trimestre

a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA che:

Gli operatori assunti per la realizzazione degli interventi di assistenza non sono parenti conviventi né parenti che rientrano nell'elenco delle persone indicate all'art. 433 del Codice Civile, ovvero non sono familiari per cui corre l'obbligo degli alimenti;

Non sussistono cause di qualsivoglia natura che comportino, per mancanza di requisiti, la decadenza del beneficio.

IN FEDE

Firma del beneficiario del Servizio di Assistenza Domiciliare

O SE IMPOSSIBILITATO,

firma del genitore/amministratore di sostegno/tutore/familiare di riferimento

Tuili, _____