

COMUNE DI SANNICOLA

(Provincia di Lecce)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

(art.24 della Legge 13 aprile 1977, n.114 e art.1 della Legge 28 febbraio 1986, n.45)

Il Sottoscritto _____ nato il _____
a _____ Prov. di _____ e residente in _____
alla Via _____, Codice Fiscale _____

(*) **nella sua qualità di rappresentante legale-tutore-curatore** (sottolineare la voce che interessa)
del _____ nato il _____ a _____
Prov. di _____ e residente in _____ alla Via _____
Codice Fiscale _____ per conto del sunnominato:

DICHIARA DI

(indicare la situazione reddituale dell'invalide)

- NON POSSEDERE REDDITI propri assoggettabili all'IRPEF, né redditi soggetti a ritenuta alla fonte o ad imposta sostitutiva.
- POSSEDERE i seguenti redditi propri:

QUADRO A Redditi al lordo degli oneri deducibili e delle ritenute fiscali		Ammontare Redditi assoggettabili all'IRPEF percepiti nell'anno _____ (precedente alla data di presentazione della dichiarazione)
1	Pensioni erogate dal Ministero del Tesoro (specificare categoria) .....	.....
2	Pensioni e assegni erogati dall'INPS (specificare categoria) .....	.....
3	Altre pensioni e integrazioni (specificare Ente erogatore e categoria) .....	.....
4	Pensioni erogate da Stati esteri (specificare Stato e categoria) .....	.....
5	Redditi da lavoro dipendente (specificare datore di lavoro) .....	.....
6	Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli, liquidazioni, ecc.) .....	.....
7	Redditi da lavoro autonomo (specificare mestiere o professione) .....	.....
8	Redditi da impresa (specificare tipo di impresa) .....	.....
9	Redditi da terreni: -dominicale (indicare rendita catastale rivalutata) - agrari (indicare rendita catastale rivalutata) . . . . .	.....
10	Redditi da fabbricati: - rendite catastali rivalutate - rendite da locazione (specificare case, negozi, ecc.) . . . . .	.....
11	Altri redditi non elencati sopra, compresi quelli derivanti da partecipazione a società, ecc. specificare la natura) . . . . .	.....
12	REDDITO COMPLESSIVO PARZIALE QUADRO A (da n.1 a n.11)	.....

(*) **da compilarsi nel caso che il minorato sia minore, inabilitato o interdetto.**

N.B. - Si rammenta che, ai sensi della L.407/90, come modificata dalla L.412/91, l'assegno mensile erogato dal Ministero dell'Interno agli invalidi civili parziali da conseguirsi dopo il 1° gennaio 1992, è incompatibile con prestazioni a carattere diretto concesse a seguito di invalidità contratte per cause di guerra, di lavoro o di servizio nonché con le pensioni dirette di invalidità a qualsiasi titolo erogate dall'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia, i superstiti dei lavoratori dipendenti, dalle gestioni pensionistiche per i lavoratori autonomi e da ogni altra gestione pensionistica per i lavoratori dipendenti avente carattere obbligatorio.

QUADRO B Redditi esenti da Imposte, redditi soggetti a ritenute alla fonte, a titolo di Imposta o ad Imposta sostitutiva		Ammontare Redditi percepiti nell'anno _____ (precedente alla data di presentazione della dichiarazione)
13	Rendite <input type="checkbox"/> assegno di assistenza personale continuativo <input type="checkbox"/> erogati dall'INAIL . . . . .	.....
14	Trattamenti economici di guerra: pensioni assegni . . . . .	...............
15	indennità (specificare) . . . . .	.....
16	Sussidi corrisposti dallo Stato e da altri enti pubblici a titolo assistenziale (specificare ente e categoria) . . . . .	.....
17	Assegni e Borse di studio (specificare ente erogatore) . . . . .	.....
18	Redditi soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta sostitutiva, quali gli interessi derivanti da depositi bancari, obbligazioni, titoli pubblici BOT, CCT, ecc. (specificare) . . . . .	..... .....
19	Altri redditi esenti (specificare) . . . . .	..... .....
REDDITO COMPLESSIVO PARZIALE QUADRO B (da n.13 a n.18)		.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali per coloro che rendono attestazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che la presente dichiarazione corrisponde alla verità e che le notizie fornite specificatamente nei quadri A e b corrispondono ai dati ed agli elementi a sua disposizione al momento della dichiarazione e si impegna a comunicare entro 30 giorni al comune ogni concessione di trattamenti pensionistici incompatibili.

Data
.....
(firma)

<input style="width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> <i>Dichiarazione di opzione o di rinuncia da compilarsi solo dagli invalidi civili parziali</i> <i>Che intendano conseguire l'assegno mensile</i>
<p>Il sottoscritto dichiara di <u>voler optare per il</u> trattamento pensionistico erogato dal Ministero dell'Interno (cancellare la voce che non interessa) <u>voler rinunciare al</u></p>
<p>N.B. : Il dichiarante fa presente di <u>essere già</u> titolare di provvidenze erogate dal Ministero dell'Interno (specificare il tipo di provvidenza) <u>non essere</u></p>
<p>..... quale invalido civile cieco civile sordomuto</p>
<p>Data (firma)</p>

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato facendo menzione, di seguito alla medesima, della causa di impedimento a sottoscrivere (art.4, comma 1 e 2 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n.403).

Ai sensi dell'art.20 della L.4 gennaio 1968, n.15 sono pubblici ufficiali: a) il funzionario competente a ricevere la documentazione; b) il notaio; c) il cancelliere; d) il segretario Comunale; e) altro funzionario incaricato dal Sindaco.