**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445, del 28/12/2000 e s.m.i.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della **responsabilità penale prevista dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate**

**DICHIARA CHE:**

**(Barrare e compilare la/le voci di interesse con riguardo alla domanda)**

1 /\_\_/ le spese sanitarie di cui si chiede il rimborso **(punto 0 della domanda di sussidio ordinario)** per un importo pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **sono indicate** nella/le dichiarazione/i dei redditi (mod. 730, mod. PF) trasmessa/e all’Agenzia delle Entrate;

2 /\_\_/ le spese sanitarie o per acquisto medicinali di cui si chiede il rimborso **(punti da 1 a 4 della domanda di sussidio ordinario)** per un importo pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **non sono state indicate** nella/le dichiarazione/i dei redditi e sono documentate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e prescrizioni mediche; tutti gli originali sono in proprio possesso;

3 /\_\_/ le spese per l’iscrizione e frequenza del/della proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(nome e cognome del/della figlio/a)*

all’asilo nido di cui si chiede il rimborso **(punto 5 della domanda di sussidio ordinario)** sono documentate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, scontrini o attestazioni di pagamento; tutti gli originali sono in proprio possesso;

4 /\_\_/ le spese di acquisto di libri scolastici di cui si chiede il rimborso **(punto 6 della domanda di sussidio ordinario)** si riferiscono alla frequenza dell’anno scolastico/accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare il riferimento)*

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da parte di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sono comprovate da

*(indicare l’istituto scolastico/facoltà) (indicare componente nucleo familiare),*

copie conformi agli originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e sono corredate da documentazione dalla quale si rileva la corrispondenza tra i libri prescritti e la scuola/università frequentata; tutti gli originali di tale documentazione sono in proprio possesso;

5 /\_\_/ le spese per eventi dannosi, occasionali, imprevedibili e inevitabili di cui si chiede il rimborso **(punto 7 della domanda di sussidio ordinario)** si riferiscono a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(indicare il tipo di danno subito)*

causato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono comprovate da copie conformi agli

*(indicare* *il tipo di evento)*

originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e sono corredate da documentazione attestante il danno, l’imprevedibilità e l’inevitabilità della spesa sostenuta; tutti gli originali di tale documentazione sono in proprio possesso;

6 tutte le spese richieste a rimborso sono state effettivamente sostenute nell’anno **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

7 è in possesso degli originali di tutta la documentazione a supporto della domanda di **sussidio ordinario per l’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o borsa di studio per AS/AA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

8 **non ha beneficiato di analoghe erogazioni da parte di altri Enti, Istituzioni o Compagnie di Assicurazione.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/della dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_