

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

### AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DISPOSITIVI "INFOLIFE GPS TRACKER" E SERVIZI DI TELESOCORSO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in Comune di \_\_\_\_\_ - Me

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

#### DICHIARA

#### 1. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

che il proprio nucleo familiare, oòtre al dichiarante, risulta così composto:

Nome e Cognome	Nato/a il	Grado di parentela	Età	Autosufficiente
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

#### 2. SITUAZIONE PERSONALE (barrare le caselle che interessano)

di avere età pari o superiore a 70 anni (ultrasettantenne)

di essere **autosufficiente**

di essere **non autosufficiente**

di essere portatore/portatrice di patologie conclamate ad alto rischio sanitario:

specificare: \_\_\_\_\_

di vivere **solo/a**

di vivere con coniuge/familiare convivente, ma di restare **solo/a per inderogabili esigenze** del/dei componente/i del nucleo familiare, per le seguenti ragioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE ULTRASETTANTENNI

che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti componenti ultrasettantenni (età pari o superiore a 70 anni):

Nome e Cognome	Data di nascita	Età	Autosufficiente
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### 4. CERTIFICAZIONI SANITARIE

di essere in possesso di certificazione medica attestante patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente, ecc.)

di essere in possesso di certificazione di **invalidità civile** al \_\_\_\_\_%

di essere in possesso di certificazione di **handicap grave** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92

di essere in possesso di altra certificazione: \_\_\_\_\_

### 5. SITUAZIONE ECONOMICA

di essere in possesso di certificazione **ISEE** in corso di validità:

- Valore ISEE: € \_\_\_\_\_
- Protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Rilasciata da:  INPS  CAF \_\_\_\_\_

### 6. RESIDENZA E RECAPITI

di essere **residente** nel Comune di Ficarra da **n.** \_\_\_\_\_ anni

di eleggere domicilio ai fini del presente procedimento presso:

**Il Sig.** \_\_\_\_\_ (**grado di parentela**) \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ *Comune* \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ *cellulare* \_\_\_\_\_

PEC (se posseduta) \_\_\_\_\_

### 7. REQUISITI GENERALI

1. di non aver riportato **condanne penali** e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione iscritti nel casellario giudiziale;

2. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a **procedimenti penali**;
3. di essere in possesso dei **requisiti di ammissione** previsti dall'avviso pubblico;
4. di essere consapevole che il **conferimento dei dati è obbligatorio** ai fini della partecipazione all'avviso pubblico;
5. di aver preso visione dell'**informativa privacy** ai sensi del GDPR 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei dati personali, ivi inclusi i dati relativi alla salute, per le finalità indicate nell'informativa stessa;
6. di acconsentire alla comunicazione dei propri dati personali a **Infoclic S.r.l.**, in qualità di Responsabile esterno del trattamento, per l'erogazione del servizio di telesoccorso.

## **8. ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ**

di essere a conoscenza che:

- le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 sono considerate come fatte a pubblico ufficiale;
- in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, si applicano le **sanzioni penali** di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000;
- il Comune di Ficarra potrà effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;
- in caso di false dichiarazioni si procederà alla decadenza dall'assegnazione del dispositivo, alla restituzione immediata dello stesso e alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

## **IMPEGNI E OBBLIGHI**

In caso di assegnazione del dispositivo di telesoccorso, il/la sottoscritto/a si impegna a:

- sottoscrivere il contratto individuale di comodato d'uso con il Comune di Ficarra entro 15 giorni dalla comunicazione di assegnazione;
- utilizzare il dispositivo esclusivamente per le finalità previste (telesoccorso e monitoraggio sanitario);
- custodire con diligenza il dispositivo ricevuto in comodato;
- restituire il dispositivo alla scadenza del periodo di comodato (36 mesi) o in caso di cessazione anticipata;
- comunicare tempestivamente al Comune ogni variazione dei requisiti in base ai quali è stata ottenuta l'assegnazione;

consentire i controlli disposti dal Comune per verificare la permanenza dei requisiti e il corretto utilizzo del dispositivo;

risarcire eventuali danni al dispositivo causati da dolo o colpa grave.

### **RICHIESTA**

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** l'assegnazione in comodato d'uso gratuito di n. 1 dispositivo "Infolife Gps Tracker" con servizi connessi di telesoccorso (Centrale Operativa H24/24 e App Infolife), per la durata di 36 mesi.

**Luogo e Data:** \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

### **MODALITÀ DI SOTTOSCRIZIONE E PRESENTAZIONE**

**Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000**, la presente dichiarazione è valida se:

- sottoscritta in presenza dell'istruttore addetto all'Ufficio servizi sociali del Comune di Ficarra;

### **OPPURE**

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica **NON** autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

### **ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:**

- Copia del **documento di identità** in corso di validità
- Certificazione **ISEE** in corso di validità
- Certificazione **medica** attestante patologie (se dichiarate)
- Certificazione di **invalidità/handicap** (se dichiarata)
- Informativa privacy** firmata

**N.B.:** La mancata presentazione della documentazione obbligatoria comporta l'esclusione dalla procedura.

**SANZIONI PENALI:** *Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.*