

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. ____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1				__/__/__		
2				__/__/__		
3				__/__/__		
4				__/__/__		
5				__/__/__		
6				__/__/__		
7				__/__/__		
8				__/__/__		
9				__/__/__		

Allega alla presente istanza:

- o certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- o Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – Comuni etc.), in corso di validità. (redditi 2013) redatta secondo la nuova normativa
- o Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
