

All'Unité des Communes

**DICHIARAZIONE AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DELLE QUOTE A  
CARICO DEGLI UTENTI DEI SERVIZI**  
artt. 30, 31 LR 19/2007

Il/la sottoscritto/a		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.		n°
e-mail	Telefono	
In qualità di	<input type="checkbox"/> Utente	Altro (specificare):
Del/la sig./ra		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in (se già inserito in struttura indicare luogo struttura)	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.		n°

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web dell'Ente al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali dello stesso,

**DICHIARA**

di usufruire/che il/la sig./ra usufruisce delle seguenti rendite INAIL e/o provvidenze di cui alla [LR 11/1999](#), con i seguenti importi annuali:

<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/> Assegno di frequenza
<input type="checkbox"/> Indennità di comunicazione
<input type="checkbox"/> Speciale indennità per non vedenti (ventesimisti)
<input type="checkbox"/> Pensione ciechi civili
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento per non vedenti
<input type="checkbox"/> Pensioni d'invalidità
<input type="checkbox"/> Rendite INAIL
<input type="checkbox"/> Pensione sociale
<input type="checkbox"/> Pensioni e redditi prodotti all'estero
<input type="checkbox"/> Altro (qualsiasi altra rendita non inserita nell'ISEE):
<input type="checkbox"/> Di NON usufruire di alcun beneficio economico tra quelli previsti ai punti precedenti

Il/La dichiarante

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.