

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

__l__ sottoscritt__ _____ nat_ a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in via _____
tel. _____ @ _____

in qualità di **beneficiario delle provvidenze di cui alla L.R. 20/97,**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA
ai sensi del D.P.R. 445/2000

che le risorse economiche personali di qualunque natura e provenienza di cui dispone (comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile ed i trattamenti pensionistici, i contributi economici erogati dal Comune, dallo Stato o qualsiasi altro Ente, escluso l'assegno di accompagnamento) nell'**anno 2021** sono state le seguenti:

(BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA)

x		IMPORTO MENSILE	IMPORTO ANNUALE
	REDDITO DA LAVORO		
	PENSIONE DI INVALIDITA'		
	PENSIONE		
	REDDITO DI CITTADINANZA		
	PENSIONE DI CITTADINANZA		
	REIS		
	RENDITE (INAIL etc.)		
	R.E.M.		
	ALTRO		

Luogo e data _____

Il Dichiarante

- Si allega **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**