



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ESISTENZA IN VITA SOSTEGNO ALLA PERSONA CON INVALIDITA' AL 100%

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____ Il _____ / _____ / _____

Residente in _____ Provincia _____ Via _____ N° _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Quale soggetto avente fiscalmente a carico

Il/la sig/sig.ra _____

Nato/a a _____ Provincia _____ Il _____ / _____ / _____

Residente in _____ Provincia _____ Via _____ N° _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

per conto di _____ (indicare nome e cognome del familiare fiscalmente a carico), ed a tanto espressamente autorizzato, la esistenza in vita di quest'ultimo consapevole oltre che delle responsabilità penali, che si decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(documento esente da imposta di bollo ai sensi del DPR 445/2000)

IL DICHIARANTE

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____ Firma _____

Manifestazione del consenso per i familiari a carico ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR (Privacy)

Il/i familiare/i a carico dichiara/no di essere stato/i messi a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e con la presente esprime/ono liberamente il consenso, ai sensi dell'art. 9, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili ai soggetti indicati da Ebitemp alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dagli artt. 15 e ss. del suddetto Regolamento GDPR.

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____ Firma _____

Manifestazione del consenso degli assistiti maggiorenni:

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

Nome _____ Cognome _____ Firma _____