



Comune di  
**FOPPOLO**

## **Dichiarazione di responsabilità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

### **D I C H I A R A**

A) che nel periodo decorrente dalla data di presentazione della domanda di concessione dell'indennità di accompagnamento a tutt'oggi **non è stato ricoverato** in istituto (casa di riposo ovvero ospedale in reparti di lunga degenza o riabilitativi o psichiatrici) con retta **a totale carico** di ente pubblico;

### **o p p u r e**

A.1) **che è/è stato ricoverato** in istituto (casa di riposo ovvero ospedale in reparti di lunga degenza o riabilitativi o psichiatrici) con retta **a totale carico** di ente pubblico. Al riguardo si indicano i periodi di ricovero:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

B)  **di fruire** di prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio

**di non fruire** di prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

### **DICHIARA INOLTRE DI IMPEGNARSI FORMALMENTE**

a comunicare con tempestività alla Prefettura eventuali variazioni che possono comportare la perdita dei requisiti prescritti.

Foppolo, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_