

ASP AMBITO 9  
VIA GRAMSCI 95  
60035 JESI (AN)

E p.c.: Al sindaco del Comune  
di \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
CONTRIBUTO "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO 2025  
(D.M. 26/09/2016 – DGR n.727/2026)**

(Dichiarazione sostitutiva artt. 46/47 DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con residenza anagrafica nel  
Comune di \_\_\_\_\_ e con abitazione nel Comune di  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_, a conoscenza delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,  
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

**DICHIARA**

che è a conoscenza delle cause di esclusione relative al contributo per la "Disabilità Gravissima" anno 2025 secondo quanto riportato a pag. 2 dell'Avviso "**CONTRIBUTI PER GLI INTERVENTI A FAVORE DEGLI UTENTI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA ANNO 2025**";

**PERTANTO DICHIARA**

- ☐ che intende rinunciare alla domanda per l'Assegno di Cura (annualità 2025) presentata in data \_\_\_\_\_ e che, in caso contrario, non potrà beneficiare del contributo per la Disabilità Gravissima per l'anno 2025;
- ☐ che si impegna a comunicare formale rinuncia inviando un'email all'indirizzo [asp.ambitonove@aspambitonove.it](mailto:asp.ambitonove@aspambitonove.it) **oggetto:** RINUNCIA ASSEGNO DI CURA 2025 PER AMMISSIONE A BANDO DISABILITA' GRAVISSIMA ANNO 2025 – UTENTE \_\_\_\_\_ (nome/cognome).

(oppure nel caso in sia risultato beneficiario e abbia percepito l'assegno di cura annualità 2025)

☐ che, laddove ricevesse la somma spettante per l'Assegno di Cura annualità 2025, si impegna a restituire l'intero importo percepito e che, in caso contrario, non potrà beneficiare del contributo per la Disabilità Gravissima per l'anno 2025;

☐ che l'eventuale somma da restituire verrà versata sul conto corrente presso:

BANCA: UNICREDIT. – AG. JESI Viale del Lavoro

INTESTATO A: ASP AMBITO 9

IBAN: IT 14 I 02008 21204 000107365634

CAUSALE: RESTITUZIONE ASSEGNO DI CURA ANNO 2025 – UTENTE:  
\_\_\_\_\_ (nome/cognome)

E si impegna a informare l'ASP non appena effettuato il versamento inviando la ricevuta del bonifico a: [asp.ambitonove@aspambitonove.it](mailto:asp.ambitonove@aspambitonove.it) **oggetto**: INVIO RICEVUTA RINUNCIA ASSEGNO DI CURA 2025 PER AMMISSIONE A BANDO DISABILITA' GRAVISSIMA ANNO 2025 – UTENTE\_\_\_\_\_ (nome/cognome).

☐ Varie/eventuali:

---

---

---

---

---

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto; nel caso in cui la dichiarazione sia già firmata, occorrerà allegare alla domanda la fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento del dichiarante.*

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_