

AMBITO TERRITORIALE DI DESIO



Comune
di Bovisio
Masciago



Comune
di Cesano
Maderno



Comune
di Desio



Comune
di Limbiate



Comune
di Muggiò



Comune
di Nova
Milanese



Comune
di Varedo

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2 - DGR 7856 DEL 12/02/2018 ANNO 2018

Si rende noto che a partire dal giorno **11.04.2018 e sino al 11.05.2018** sono aperti i termini per la presentazione delle domande per l'accesso alle misure in favore di persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza, in linea e secondo quanto previsto dalla D.g.r. n. 7856 del 12/02/2018.

L'erogazione delle misure previste dalla suddetta D.g.r. riguarda il periodo dal 1 marzo 2018 al 28 Febbraio 2019.

Le domande, completate secondo i modelli allegati 1a e 1b e corredate dai documenti richiesti, potranno essere presentate al proprio Comune di residenza; farà fede la data di protocollazione.

Tutte le persone, sia quelle in continuità che quelle di nuovo accesso devono presentare domanda. Nel caso della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992, l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento.

I benefici saranno assegnati fino a esaurimento fondi, sulla base di n. 2 graduatorie che l'Ufficio di Piano, per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale di Desio, definisce tenendo conto dei criteri di valutazione e della tipologia di utenza, in particolare:

- Graduatoria A. Non Autosufficienza (anziani e adulti con grave disabilità);
- Graduatoria B. Non Autosufficienza Minori (minori con grave disabilità).

I criteri di valutazione, anche in considerazione delle priorità di accesso, e le relative modalità di attribuzione dei punteggi sono declinati nell'allegato 2.

GRADUATORIA A. NON AUTOSUFFICIENZA

Requisiti di accesso GRADUATORIA NON AUTOSUFFICIENZA:

Sono destinatari della presente Misura le persone in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- di qualsiasi età, al domicilio, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;

- in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992 oppure beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980;
- con valore ISEE socio sanitario pari o inferiore ad € 16.000,00 per accedere al Buono sociale CAREGIVER e ASSISTENTE FAMILIARE;
- con valore ISEE socio sanitario pari o inferiore ad € 20.000,00 per accedere ai PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE;
- con familiare disoccupato o inoccupato o pensionato o con contratto part time (50%), reso mediante:
 - autocertificazione/CUD per pensionati;
 - contratto di lavoro e/o busta paga per lavoratori part time;
 - Dichiarazione di Immediata Disponibilità la Lavoro (DID);
 per accedere al Buono sociale CAREGIVER;
- con contratto di regolare assunzione personale badante per almeno 20 ore/ settimanali per accedere al Buono sociale ASSISTENTE FAMILIARE.

Tipologia di interventi

Le misure oggetto del presente Avviso vengono garantite attraverso l'erogazione di interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita, previa valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, effettuata in raccordo con l'ASST Monza, utile alla stesura del Progetto Individuale di Assistenza.

Il Buono sociale CAREGIVER o ASSISTENTE FAMILIARE è un intervento di diversa intensità, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver o da assistente familiare assunto con regolare contratto.

L'importo del Buono sociale CAREGIVER o ASSISTENTE FAMILIARE sarà ridotto del 30% in caso di frequenza a unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali con quota a carico del Comune.

Il Buono per PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE è finalizzato a sostenere interventi a favore di persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni e con disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà che si avvalgono di un assistente personale autonomamente scelto e con regolare contratto.

Le persone con disabilità gravissima, beneficiarie della Misura B1, possono beneficiare anche del Buono per PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE .

Tipologia intervento	Livello ISEE per accedere	Durata	Entità del Contributo		Altri requisiti
Buono sociale CAREGIVER tip.A	ISEE socio	12 mesi	€ 150,00	Isee socio sanitario superiore a € 7.000,01	1. familiare disoccupato/inoccupato/pensionato o lavoratore part time al 50%

Buono sociale CAREGIVER tip.B	sanitario PARI o INFERIORE ad € 16.000	non oltre il termine massimo del 28.02.2019	€ 300,00	Isee socio sanitario pari o inferiore a € 7.000,00	2. autocertificazione o altra documentazione sopra specificata
Tipologia intervento	Livello ISEE per accedere	Durata	Entità del Contributo		Altri requisiti
Buono ASSISTENTE FAMILIARE tip. C	ISEE socio sanitario PARI o INFERIORE ad € 16.000	12 mesi non oltre il termine massimo del 28.02.2019	€ 400,00	Isee socio sanitario superiore a € 7.000,01	1. contratto assistente familiare min. 20 ore/settimana 2. l'importo del buono non potrà superare l'80% della spesa lorda, come risultante dal contratto di assunzione
Buono ASSISTENTE FAMILIARE Tip.D			€ 600,00	Isee socio sanitario pari o inferiore a € 7.000,00	
Buono Progetto Vita Indipendente	ISEE socio sanitario PARI o INFERIORE ad € 20.000	12 mesi non oltre il termine massimo del 28.02.2019	€ 600,00		1. contratto assistente familiare min. 20 ore/settimana 2. l'importo del buono non potrà superare l'80% della spesa lorda, come risultante dal contratto di assunzione

Incompatibilità

L'erogazione della misura B2 (Buono sociale CAREGIVER, ASSISTENTE FAMILIARE, PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE) è incompatibile con la presa in carico nell'ambito delle Misure Reddito di Autonomia Anziani e Disabili.

GRADUATORIA B. NON AUTOSUFFICIENZA MINORI

Requisiti di accesso GRADUATORIA NON AUTOSUFFICIENZA MINORI:

Sono destinatari della presente Misura le persone in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- di età inferiore a 18 anni;
- Verbale invalidità 100% o certificazione di handicap grave a norma della L. 104/92;
- solo se inserito in progettualità specifiche minori **senza** compartecipazione economica a carico del comune di residenza;
- con valore ISEE per prestazioni rivolte a minori pari o inferiore ad € 20.000,00.

Tipologia di interventi

Le misura viene garantita attraverso l'erogazione di interventi per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi 2018, attività sportiva a.s. 2017/2018). Non sono finanziabili con tale tipologia di Voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

Tipologia intervento	Livello ISEE per accedere	Durata	Entità del Contributo
Voucher sociale per minori	ISEE per prestazioni rivolte a minori PARI o INFERIORE ad € 20.000	UNA TANTUM a parziale copertura della spesa sostenuta	Fino ad un massimo di € 500,00, determinato nella misura del 80% della spesa sostenuta

Si precisa inoltre:

- la liquidazione degli interventi Buono sociale CAREGIVER, Buono sociale ASSISTENTE FAMILIARE e PROGETTO di VITA INDIPENDENTE avverrà in via posticipata trimestralmente, entro 5 giorni lavorativi successivi al termine del trimestre di riferimento, previa presentazione al Comune di residenza della documentazione attestante il mantenimento dei requisiti di assegnazione;
- la liquidazione del Voucher sociale per minori avverrà in via posticipata, sulla base della presentazione all'ufficio di piano della documentazione comprovante la spesa sostenuta;
- il beneficio è riconosciuto in modo proporzionale fino alla data del decesso e comunque non oltre il 28.2.2019;
- il D.P.C.M. 159/2013 ha introdotto l'ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio - sanitaria e precisamente trattasi di prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia;
- laddove avanzassero fondi su una delle due graduatorie, gli stessi andranno a finanziare le richieste dell'altra graduatoria, fino ad esaurimento delle risorse a disposizione.

Il presente Avviso è valido per i residenti nei sette Comuni dell'Ambito territoriale di Desio ed è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 05/04/2018 e ratificato con Delibera di Giunta del comune capofila.

Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci
Ambito Territoriale di Desio
Barbara Colombo

Il riconoscimento di :

- Invalidità civile 100% con accompagnamento
- Invalidità civile 100% senza accompagnamento

Il possesso Certificazione di:

- handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92

Che l'attestazione ISEE sociosanitario (in corso di validità) è pari a € _____

- di aver fruito nel 2017 della **Misura B1** ai sensi della dgr 5940/16
- di aver fruito nel 2017 della **Misura B2** ai sensi della dgr 5940/16 intervento:
 - Buono sociale Care Giver
 - Buono Sociale Assistente Familiare
 - Progetto di vita indipendente
 - Altro
- di aver presentato per il 2018, domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della dgr 7856 del 12.12.18 - **MISURA B1**";
- di **non** aver beneficiato di interventi assistenziali erogati da Enti Pubblici o privato o Enti previdenziali;
- di **non** essere in carico alla misura RSA APERTA ex DGR7769/2018;

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2 (ad esclusione dei buoni per sostegno di progetti per la vita indipendente);

ALLEGA

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario;
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992);
- dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE sociosanitario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- per CAREGIVER (allegare uno dei seguenti documenti):
 - autocertificazione (allegato sub 1a)/CUD per pensionati;
 - contratto di lavoro e/o busta paga per lavoratori part time;
 - attestazione centro per l'impiego per disoccupati o inoccupati;
- per ASSISTENTE PERSONALE e PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE:
 - copia del contratto di lavoro del personale badante;
- copia del conto corrente bancario (no libretto postale) dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario;

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione sociale e/o multidimensionale Comune/ASST ai sensi della DGR 7856/18, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda;
3. comunicare trimestralmente entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre al Comune di residenza:
 - eventuale decesso;
 - eventuale trasferimento;
 - modifica della composizione del nucleo familiare;
 - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
 - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
 - ogni altro cambiamento;
4. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della dgr 7856 del 12/02/18 - **MISURA B1**";
5. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE):

6. presentare entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre al Comune di residenza la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____
non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 7856 del 2018, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

- alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92

Di far parte della seguente rete parentale:

- genitori separati
- rete monoparentale

Che l'attestazione ISEE (in corso di validità) per prestazioni rivolte ai minori (indicatore di situazione economica equivalente) è pari a € _____

- di aver fruito nel 2017 della **Misura B1** ai sensi della dgr 4249/15
- di aver fruito nel 2017 della **Misura B2** ai sensi della dgr 4249/15
- di aver presentato per il 2017, domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della dgr 5940 del 5.12.16 - **MISURA B1**"

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2 (ad esclusione dei buoni per sostegno di progetti per la vita indipendente);

ALLEGA

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario;
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992);
- copia certificato di alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92;
- dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- copia del conto corrente bancario (no libretto postale) dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario.

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione sociale e/o multidimensionale Comune/ASST ai sensi della DGR 7856/18, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda;
3. comunicare (entro 5 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:
 - eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
 - eventuale trasferimento;
 - modifica della composizione del nucleo familiare;
 - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;

- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
- ogni altro cambiamento;

4. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della dgr 5940 del 5.12.16 - **MISURA B1**".

5. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE):

6. presentare entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre al Comune di residenza la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il minore** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 7856 del 2018, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

Allegato sub.1a
AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di DISOCCUPAZIONE
(Art. 46 - lettere r) s) t) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Per accedere al Buono Sociale di CAREGIVER di cui all'AVVISO PUBBLICO
PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE
CON DISABILITA' GRAVE E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA
PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA
MISURA B2 - DGR 7856 DEL 12/02/2018

Il/la _____ sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

in qualità di CAREGIVER del/della sig./sig.ra _____

DICHIARA DI

di essere pensionato/a dal _____;

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile) ⁽¹⁾

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.

Caso in cui il dichiarante non sappia o non possa firmare

Il sottoscritto, pubblico ufficiale, attesta che la sopra indicata dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato a mezzo di _____ che non può sottoscriverla in quanto non sa firmare può firmare.

Data _____

Firma del pubblico ufficiale (per esteso e leggibile)

(1) La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE PRESENTATE DA CITTADINI STRANIERI

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione regolarmente soggiornanti in Italia, possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani, fatte salve le speciali disposizioni contenute nelle leggi e nei regolamenti concernenti la disciplina dell'immigrazione e la condizione dello straniero. Al di fuori dei casi previsti già descritti sopra, i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione autorizzati a soggiornare nel territorio dello Stato possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 nei casi in cui la produzione delle stesse avvenga in applicazione di convenzioni internazionali fra l'Italia ed il Paese di provenienza del dichiarante.