

__ I __ sottoscritt __ _____ nat __ a _____
il _____, quivi residente in Via _____ n° _____, C.F. _____

CHIEDE

la fruizione del seguente servizio socio-assistenziale (indicare una sola tipologia di intervento tra quelli appresso elencati):

⇒ **ASSISTENZA ECONOMICA:**

- A) Mediante la partecipazione al programma denominato “ **SERVIZIO DI ASSISTENZA CIVICA** ” consistente nella fruizione del fabbisogno assistenziale mensile spettante, previa prestazione di un servizio di pubblica utilità, individuato da codesto Ente, tenendo conto dei seguenti requisiti e notizie personali: - Qualifica in possesso: _____; - Professione abituale: _____; - Attitudini e capacità lavorative in: _____.
In caso di eventuale impossibilità dello scrivente, potrà essere sostituito da: _____ nato a _____ il _____, C. F.: _____, abile al lavoro, rapporto di parentela: _____; - Professione abituale: _____; - Attitudini e capacità lavorative in: _____.
- B) In forma “**TEMPORANEA**”, secondo le disponibilità finanziarie dell’Ente, in quanto il richiedente o altri componenti il nucleo familiare non sono nelle condizioni di prestare un servizio di pubblica utilità.
- C) In forma “**STRAORDINARIA** “ per la seguente casistica: _____, così come prevista dal relativo Regolamento Comunale di Assistenza Economica. Documentazione allegata ai fini della definizione e valutazione della richiesta (Fatture, cert. mediche): - _____.

- **Malati di Mente;** - **Assist. Abitativa;** - **Assist. Minori Illegittimi;** - **Post-Penitenziaria**

- **Vittime del Delitto;** - **Famiglia di Detenuti;** - **Ricovero Anziani;**

- **ASSISTENZA DOMICILIARE** in favore di: - **ANZIANI;** - **HANDICAPPATI;**

- **Altro:** _____;

Il sottoscritto, essendo a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 26 della Legge 4/1/1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, oltre che alla perdita del diritto al beneficio richiesto, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 2 della citata L. n. 15/68 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare ed il nuovo valore I.S.E.E., con validità per l’anno in corso (*D.P.C.M. 5/12/2013, n.159*), è il seguente:

N°	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA	VALORE I.S.E.E.
1			Dichiarante	€.
2				
3				
4				
TOTALE I.S.E.E.				€.

- Che il proprio stato di salute è di: - Non autosufficienza; - Parziale autosufficienza; - Handicap “grave”; - Malato di mente;

come rilevasi dalla documentazione sanitaria allegata, rilasciata il _____ da: - Medico curante; - A.S.L n. _____.

- Dichiaro, altresì, che _____.

- **Documentazione allegata:**

- Copia del nuovo Modello I.S.E.E. rilasciato nel corso dell’anno;

- Copia di un valido documento di riconoscimento;

- Eventuale altra documentazione: _____.

Informativa sul trattamento dei dati personali: Con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003, in tema di tutela della privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati ritenuti necessari per il procedimento amministrativo.

Campofranco, li _____

La firma del dichiarante deve essere autenticata secondo le modalità previste dall’art. 21, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, e precisamente: - *sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto;* - *sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*

IL DICHIARANTE

(firma da apporre leggibile e per esteso)