

Prot. n. _____ del _____

**AI CONSORZIO OVEST SOLIDALE
VIA NUOVA COLLEGIATA, 5
10098 RIVOLI (TO)**

DOMANDA DI INTERVENTO ECONOMICO ASSISTENZIALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATA/O A _____ PROV. _____ IL _____ RESIDENTE A _____

PROV..... VIA/PIAZZA/CORSO..... N.....

TEL..... DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

E-MAIL

IN QUALITA' DI:

- diretto interessato
- familiare (specificare) _____
- tutore
- amministratore di sostegno

DEL SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATA/O A _____ PROV. _____ IL _____ RESIDENTE A _____

PROV..... _VIA/PIAZZA/CORSO..... _N.....

TEL..... DOMICILIO (se diverso dalla residenza).....

CODICE FISCALE

- Presento
- Rinnovo

la richiesta di contributo economico/contribuzione al servizio di assistenza domiciliare;

la richiesta di contribuzione al pagamento della retta in strutture diurne;

la richiesta di contribuzione al pagamento della retta in strutture alberghiere o di accoglienza e socio- sanitarie.

A tal fine dichiaro sotto la mia responsabilità e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità in atti ivi previste che **nulla è variato** rispetto a quanto esposto sotto la mia responsabilità nella **dichiarazione delle condizioni economiche** rilasciata in data _____

Eventuali allegati alla domanda:

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la suddetta dichiarazione è resa.

Letto, confermato, sottoscritto

DATA..... FIRMA DEL DICHIARANTE _____

DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE _____ N° _____

RILASCIATO DAL _____ IN DATA _____

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO RICEVENTE _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____ NATA/O A _____

PROVINCIA _____ IL _____ RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____

VIA/PIAZZA/CORSO _____ N. _____

TEL. _____ DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

IN QUALITA' DI:

- diretto interessato
- familiare (specificare) _____
- tutore
- amministratore di sostegno

DEL SIG./SIG.RA _____ NATO A _____

PROVINCIA _____ IL _____ RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____

VIA/PIAZZA/CORSO....._N_____

TEL.....

STRUTTURA _____

COSTO GIORNARLIERO (retta alberghiera a carico della persona)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che, alla data dell'istanza, il suo nucleo familiare risulta così composto e percepisce i seguenti redditi (per redditi si devono intendere tutte le entrate percepite, al netto delle imposizioni fiscali e **relative all'anno in corso**):

	tipologia pensione/rendita	importo netto mensile
Interessato _____	_____ _____ _____	€. _____ _____ _____
Coniuge _____	_____ _____ _____	€. _____ €. _____
altri (specificare) _____ _____	_____ _____ _____	€. _____ €. _____
altri proventi _____	Specificare _____ _____	€. _____ €. _____

non possiede risparmi (sotto forma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.)

possiede risparmi (sotto forma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.) per un valore complessivo di

€. _____ depositati presso _____

Agenzia n. _____ di _____

è proprietario/comproprietario di beni immobili

è usufruttuario o possiede la nuda proprietà di beni immobili

risiede in alloggio in locazione, il cui canone mensile ammonta ad €. _____

altro _____

Il/la sottoscritto/a

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente al Servizio Sociale competente, e comunque entro e non oltre i 15 giorni, ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.

Dichiara di aver ricevuto l'allegata informativa resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 30.06.2003 n.196 (Codice della Privacy) ed acconsente al trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione.

E' consapevole che l'Ente Gestore dei servizi socio-assistenziali ha la facoltà di effettuare gli opportuni controlli per l'accertamento della congruità e della veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso l'accesso ad apposite banche dati (INPS, SIATEL).

E' consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, incorre in sanzioni penali all'uopo previste dalla normativa vigente.

N.B. DPR 28.12.2000 N.445 ART.76 (1° comma) – "LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI NEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE SONO PUNITE AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA"

N.B. La presente istanza va sottoscritta in presenza del dipendente abilitato a riceverla, oppure inviata, per via postale o telematica, debitamente sottoscritta, unitamente a fotocopia di documento di identità del sottoscrittore (art.38, comma 3 DPR , 445 del 28.12.2000)

Letto, confermato, sottoscritto

DATA _____ FIRMA DEL DICHIARANTE _____

DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE _____ N° _____

RILASCIATO DAL _____ IN DATA _____

DATATIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO RICEVENTE
--