

DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. 1 VENTIMIGLIESE

Sportello di Cittadinanza

Sportello Integrato Sociosanitario

Ambito Territoriale Sociale n. _____

MODULO INTEGRATO RICHIESTA SERVIZI

DATI RELATIVI ALL'INTERESSATO/BENEFICIARIO¹

COGNOME

NOME

.....

Nato/a a..... il..... Provincia.....

Nazione

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso

Stato civile

.....

Residente in:

Via..... n.° int° Città

CAP..... Provincia nominativo sul citofono.....

Tel..... Cell..... Altro recapito

(da compilare solo se diverso dalla Residenza) Domicilio:

Via..... n.° int° Città

CAP..... Provincia nominativo sul citofono.....

oppure ricoverato presso struttura:.....

Medico di medicina generale*..... Tel.....

Pediatra di libera scelta*..... Tel.....

¹ Persona per cui è richiesto il servizio / dati obbligatori.

* Dati facoltativi.

(da compilare solo se il richiedente è diverso dall'interessato/beneficiario)²:

COGNOME

NOME

.....

Nato/a a.....il.....Provincia.....

Nazione

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in:

Via.....CittàCAP.....Provincia

Tel.....Cell.....Altro recapito

in qualità di:

rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore, procuratore, genitore ecc.):

.....

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela):

Amministratore di Sostegno

DOMANDA

Contributo Economico finalizzato a

Inserimento in Struttura per Anziani Disabili Minori Altro
Tipologia di struttura.....

Inserimento in Attività di Socializzazione

Integrazione Retta Struttura³

Assistenza Domiciliare Custode Socio-Assistenziale Telesoccorso

Voucher Anziani

Borsa Lavoro

Integrazione per Refezione Scolastica presso l'Istituto:

Altro

² In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000).

³ è necessario aver indicato la denominazione nella pag. 1 "ricoverato presso struttura".

**A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.
DICHIARA CHE L'INTERESSATO/BENEFICIARIO**

è cittadino italiano o U.E.

oppure

è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno per motivi di:

.....
 è invalido al% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
a decorrere dal

percepisce redditi non soggetti a dichiarazione ISEE (indennità varie, rendite, vitalizi
ecc...specificare):

.....
 usufruisce dei seguenti servizi erogati dalla ASL, dal Comune o dall'INPS:

.....
Vive in: una casa di proprietà una casa in locazione una casa di edilizia pubblica
 senza fissa dimora

nel nucleo familiare sono presenti n. figli minori.

nel nucleo familiare sono presenti n. portatori di handicap di cui minori.

i familiari tenuti per legge agli alimenti (art. 433 C.C.) sono i seguenti:

Allega alla presente:

certificazione ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente di cui al D.P.C.M. del 05.12.2013 n.159)

copia del permesso di soggiorno e/o documento di identità valido⁴.

altro.....

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione verranno trattati dagli enti interessati, anche con strumenti informatici, per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del servizio richiesto.

Il Dichiarante

Luogo e data.....

⁴ solo nel caso in cui la firma non venga apposta in presenza del funzionario pubblico ai termini dell'art. 38 D.P.R. 445/2000.

Riservato all'ufficio: SIGLA ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO _____