



Amministrazione destinataria

Comune di Roncade

Ufficio destinatario

Servizio sociale

Domanda di prestazione socio - assistenziale

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

in qualità di

Legale rappresentante quale

- genitore
- genitore affidatario

Decreto numero	Data del decreto	Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- amministratore di sostegno

Atto di nomina	Numero dell'atto di nomina	Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- tutore

Atto di nomina	Numero dell'atto di nomina	Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

curatore

Atto di nomina

Numero dell'atto di nomina

Tribunale

altro

portatore ai fini della domanda del seguente interesse diretto, concreto ed attuale

Specificare

la seguente prestazione socio assistenziale

contributo economico continuativo

Finalizzato a

contributo economico straordinario

Finalizzato a

servizio di assistenza domiciliare

integrazione economica per retta di ricovero in strutture diurne, semiresidenziali e residenziali

Retta giornaliera

Retta mensile

altro

Specificare

per il seguente motivo

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di aver sostenuto il colloquio con l'assistente sociale

Data colloquio

che i civilmente obbligati dall'articolo 433 del Codice civile sono

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

Grado di parentela (*)

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastro, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

Professione ()**

imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

DICHIARA INOLTRE

- che l'attestazione ISEE del richiedente e del suo nucleo familiare in corso di validità rilasciata dall'INPS ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5/12/2013, n. 159

Importo dell'ISEE	Data di rilascio	Numero di protocollo INPS-ISEE

- che la posizione del beneficiario dell'intervento rispetto al lavoro

occupato

non occupato

disoccupato

studente

casalinga/o

pensionato in quanto percettore di una o più pensioni

- per effetto di attività lavorativa
- per invalidità civile o inabilità lavorativa
- titolare di reversibilità

in altra condizione

Specificare

- che il beneficiario dell'intervento

non fruisce di altro intervento da parte di Ente Pubblico o del Privato Sociale

fruisce o intende far domanda per fruire del seguente intervento

Intervento

domiciliazione bancaria o postale

(da compilare in caso di richiesta di contributo)

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

il sottoscritto è intestatario del conto corrente

l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

ogni utile documento comprovante la situazione di bisogno

(ad es. Certificato ai sensi della Legge 104/92; certificato ai sensi della Legge 68/99; riconoscimento invalidità civile; riconoscimento inabilità lavorativa INPS; riconoscimento inabilità lavorativa INAIL; altre certificazioni sanitarie)

documentazione relativa all'eventuale spesa da effettuare e/o effettuata

(nel caso di contributo economico)

eventuale permesso di soggiorno in corso di validità del richiedente e del beneficiario

copia del documento d'identità del beneficiario

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Roncade

Luogo

Data

Il dichiarante