

C.d.R. Servizi Sociosanitari

Prot. n.....del.....

Il/La sottoscritto/a nome.....cognome..... sesso M F
 di seguito indicato richiedente nato/a il..... a..... (Prov.....)
 nazionalità..... residente in..... Via
 n°..... cap..... prov..... domiciliato in presso.....
 Via.....n°.....
 telefono fissocell.....codice fiscale:

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

Per comunicazioni utilizzare il sotto indicato Indirizzo di posta elettronica

- 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):

il Sig./a nome.....cognome..... nato/a il a
(Prov.....) residente in.....
 Via.....n°.....cap prov.....
 telefono fisso.....cell..... codice fiscale:

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

Per comunicazioni utilizzare il sotto indicato Indirizzo di posta elettronica

in qualità di:

- Rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore , procuratore , ecc.....)
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela o altro.....)
- Per conto del richiedente

CHIEDE

- Di usufruire del servizio di
- Di usufruire della tariffa agevolata: NO SI* In caso di risposta affermativa indicare di seguito il Numero di protocollo INPS della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

DICHIARA

che il richiedente è cittadino italiano o di uno Stato aderente all'unione Europea;

che il richiedente è cittadino di uno Stato non aderente all'unione europea in regola con le vigenti disposizioni in materia di immigrazione; **allegare copia del permesso di soggiorno e/o del permesso CE per soggiornanti di lungo periodo**

di non avere parenti obbligati

di avere i seguenti parenti obbligati ai sensi dell'art.433 del C.C. quali: coniuge – figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali – i genitori, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti – i generi e le nuore – il suocero e la suocera – i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali:

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	Telefono fisso	cellulare

che il proprio nucleo familiare è composto di n.....persone e che il proprio indicatore della situazione economica equivalente ISEE è uguale a €.....

di essere disposto a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati

E' A CONOSCENZA

- che la mancata compilazione, presso gli uffici competenti, della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) per il rilascio della attestazione ISEE comporterà la chiusura automatica della procedura per l'attivazione della prestazione socio/assistenziale richiesta con la presente domanda;
- che, in caso di prosecuzione dell'intervento socio-assistenziale oltre l'anno corrente, entro il 15/1 dell'anno successivo deve essere richiesta nuova attestazione ISEE presso gli uffici competenti, pena la sospensione di ogni prestazione socio assistenziale;
- che ai sensi dell'art. 71 comma 1, del DPR 445/00 l'Ente erogatore effettuerà accurati controlli sia a campione, sia in tutti i casi in cui vi siano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente in autocertificazione, anche dopo aver erogato il beneficio.
- che le dichiarazioni, non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione di modifiche nelle condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione dell'intervento sociale, comporteranno la sospensione dell'intervento stesso e il recupero delle somme indebitamente percepite;
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. 75 e 76 del DPR 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri;
- che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa, saranno trattati ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (General Data Protection Regulation o GDPR) e del decreto legislativo 196/2003 e ss.mm.ii. e dichiara di aver preso visione dell'informativa dettagliata affissa presso il desk informazioni del Servizio e visibile sul sito istituzionale dell'Ente al seguente indirizzo: http://www.comune.laspezia.it/Comune/PROTEZIONE_DATI/protezione_dati.html

La Spezia, _____

IL DICHIARANTE¹

(Firma per esteso e leggibile)

¹ Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'Amministrazione Pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero come nel caso di spedizione sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità non scaduto del sottoscrittore (art.38 comma 3 DPR 445/2000).

Allega alla presente:

copia del permesso di soggiorno (se cittadino extracomunitario)

Già in carico al Servizio Sociale: NO SI ASSISTENTE SOCIALE.....

Ritirata dall'operatore.....in data il quale attesta che la firma in calce alla dichiarazione è stata apposta in sua presenza dal Sig..... previo accertamento della sua identità personale mediante esibizione di: documento di riconoscimento n. rilasciato dal/ permesso di soggiorno in corso di validità (allegato in copia)

Servizi Sociosanitari Via Fiume 207 - 19122 La Spezia - tel. 0187 745 670 - 0187 745 664 - Fax 0187 745 644
www.comune.sp.it pec: servizisociosanitari.comune.laspezia@legalmail.it