

Al Sig. SINDACO

Del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente _____ Via _____

codice fiscale _____ Tel _____

CHIEDE

Di poter accedere ai servizi e alle prestazioni assistenziali previste dal Regolamento per l'organizzazione, il funzionamento e l'accesso ai Servizi Sociali Distrettuali come:

<input type="checkbox"/> Contributo _____	<input type="checkbox"/> Interventi sull'alloggio
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/> Pasto a domicilio
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata	<input type="checkbox"/> Centro diurno disabili
<input type="checkbox"/> Buon Vicinato	<input type="checkbox"/> Telesoccorso
<input type="checkbox"/> Servizio affido _____	<input type="checkbox"/> Soggiorni
<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____

Dichiara a tal fine, ai sensi dell'art. 3 e 4 della legge 6 Gennaio 1968 n. 15 e successive modifiche, quanto segue:

1) che il proprio nucleo familiare è composto:

- vive solo/a
- vive con _____

2) che gli obbligati ai sensi dell'art 433 C.C. sono:

cognome e nome	parentela	età	Indirizzo/ n° telefono

3) che percepisce i seguenti redditi come da certificazione allegata.

Il richiedente sotto la propria responsabilità è consapevole di quanto previsto dall'art. 483 del C.P. cap. III della falsità in atti e del successivo art. 495 e dichiara che le informazioni dichiarate rispondono al vero.

Inoltre acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità e con le modalità precisate, in premessa ai sensi della L. 675/96 e dichiara di essere informato in rispetto dell'art. 10 delle suddette leggi.

Data il _____

_____ (firma leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

L'Assistente Sociale _____

Il Responsabile del Servizio _____

Pervenuta a mano nel Comune di _____

Prot. n° _____ del _____