

**Amministrazione destinataria**

Comune di Villa Carcina

**Ufficio destinatario**

Servizi Sociali

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta dei servizi residenziali o diurni

**Il sottoscritto**

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

**a seguito della valutazione sociale del**

Data

**CHIEDE**

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											

**fissata dalla seguente struttura**

Tipo struttura

- diurno  
 residenziale

Denominazione struttura

Sede

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

**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 possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

- di essere in possesso dell'Attestazione di Presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.)

Data rilascio
<input type="text"/>

- di percepire mensilmente a qualsiasi titolo i seguenti emolumenti

Tipologia	Importo netto
<input type="checkbox"/> pensione di invalidità civile	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> pensione di reversibilità	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> previdenze complementari	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> altre indennità	<input type="text"/> €
Specificare	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

documentazione attestante gli importi netti percepiti

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.

Villa Carcina BS

Luogo

Data

il dichiarante