

CONSORZIO INTERCOMUNALE SERVIZI SOCIALI PINEROLO

Via Montebello, 39 - 10064 PINEROLO (TO) - tel. 0121.325001 / 325002 / 325003
fax 0121.3250199 - e-mail: ciss@cisspinerolo.it - Cod. fise, e Part. IVA - 07329610013

Comuni Consorziati: Airasca, Angrogna, Bibiana, Bobbio Pellice, Bricherasio, Buriasco, Cantalupa, Campiglione Fenile, Cavour, Cercenasco, Cumiana, Frossasco, Garzigliana, Luserna San Giovanni, Lusernetta, Macello, Osasco, Pinerolo, Piscina, Prarostino, Roletto, Rorà, San Pietro Val Lemina, San Secondo di Pinerolo, Scalenghe, Torre Pellice, Vigorie. Villafranca Piemonte, Villar Pellice, Virle Piemonte

RICHIESTA DI INTERVENTO

*Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà presentata ai sensi degli artt.46,47 del DPR 28.12.2000 n.445,
recante il Testo Unico in materia di documentazione amministrativa*

DATI RICHIEDENTE

1 sottoscritto/a nato/a
il cittadinanza residente a.....
via..... n. dal recapito telefonico
recapito e-mail: c.f.
domicilio (se diverso dalla residenza)

CHIEDE

- PER SE STESSO
- in qualità di..... PER IL SIG.....
nato/a a ilcittadinanza
residente a Via..... n.dal
recapito telefonicorecapito e-mail:.....
domicilio (se diverso dalla residenza)
- APPARTENENTE NON APPARTENENTE AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

- SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E SEGRETARIATO SOCIALE
- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE E DI INSERIMENTO SOCIALE
- SERVIZIO DI ASSISTENZA ECONOMICA
- SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
- SERVIZI PER L’AFFIDAMENTO E LE ADOZIONI
- PRONTO INTERVENTO SOCIALE
- SEGNALAZIONI AD ALTRI ENTI
- ALTRO.....

a tal fine:

- *consapevole delle conseguenze penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000),*
- *consapevole che quanto ha dichiarato potrà essere oggetto di accertamento e verifica da parte degli organi competenti,*
ai sensi degli artt.46,47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 sopra citato

DICHIARA

Che il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto e presenta la seguente situazione:

<i>COGNOME E NOME</i>	<i>GRADO PARENTELA</i>	<i>LUOGO E DATA DI NASCITA</i>	<i>CITTADINANZA</i>	<i>CODICE FISCALE</i>	<i>TITOLO DI STUDIO (scuola/classe)</i>	<i>PROFESSIONE/ DISOCCUPATO DAL</i>	<i>REDDITO MENSILE</i>	<i>% INV.CIV</i>	<i>L. 104 art. 3 comma</i>

Che i componenti del nucleo del beneficiario sono in possesso del seguente titolo di soggiorno:

<i>COGNOME E NOME</i>	<i>TITOLO DI SOGGIORNO</i>	<i>RILASCIATO DALLA QUESTURA DI.....</i>	<i>DATA DEL RILASCIO</i>	<i>MOTIVAZIONE</i>	<i>DATA SCADENZA</i>	<i>INSERITO in percorsi di accoglienza (CAS/SPRAR) dalal.....</i>

DICHIARA

Che l'ISEE del nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è pari a €.....
con scadenza.....

tipologia ISEE:

- ordinario corrente sociosanitario ristretto residenziale del nucleo familiare anagrafico
 altro:

Il sottoscritto dichiara altresì che il beneficiario o altri componenti del nucleo familiare:

- percepisce dall'indennità di accompagnamento/l'assegno di frequenza/agevolazione connessa L. 104 che viene utilizzata/o nel modo seguente:.....;

- possiede depositi bancari e/o postali, ammontanti alla data attuale a €.....;

- ha alienato (donato o venduto) beni mobili ed immobili nell'ultimo quinquennio
NO SI per un ammontare di €.....;

- è proprietario di beni immobili: NO SI
n° immobili/siti in

- è proprietario di autoveicoli o motoveicoli: NO SI
n°/tipo/anno di immatricolazione

- è proprietario di abitazione: NO SI mutuo di €..... mensili

- vive in alloggio con contratto di locazione NO SI €.....mensili (escluse spese)

Dichiara infine che il beneficiario o altri componenti il nucleo familiare sono stati o sono in carico ad altri servizi/enti/associazioni e percepiscono i seguenti aiuti:

<i>COGNOME E NOME</i>	<i>SERVIZI/ENTI/ASSOCIAZIONI</i>	<i>IN CARICO DAL.....AL</i>	<i>AIUTI RICEVUTI</i>

REDDITO DEI FAMILIARI TENUTI AGLI ALIMENTI (art. 433 C.C.)

Dichiara di essere a conoscenza dei seguenti dati relativi al reddito e patrimonio dei parenti indicati e di ricevere dagli stessi i seguenti aiuti:

GENITORI:

COGNOME E NOME	ANNO DI NASCITA	RESIDENZA	PROFESSIONE	QUOTA MANTENIMENTO/AIUTI EROGATI

CONIUGI:

COGNOME E NOME	ANNO DI NASCITA	RESIDENZA	PROFESSIONE	QUOTA MANTENIMENTO/AIUTI EROGATI

FIGLI/GENERI/NUORE:

COGNOME E NOME	ANNO DI NASCITA	RESIDENZA	PROFESSIONE	QUOTA MANTENIMENTO/AIUTI EROGATI

FRATELLI E/O SORELLE

COGNOME E NOME	ANNO DI NASCITA	RESIDENZA	PROFESSIONE	QUOTA MANTENIMENTO/AIUTI EROGATI

Dichiara inoltre i seguenti fatti, circostanze, eventi, condizioni che hanno determinato la situazione di bisogno: _____

Si impegna a comunicare entro 30 giorni, da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento rispetto a quanto dichiarato nella presente autodichiarazione.

..... li

IL RICHIEDENTE

IL FUNZIONARIO COMPETENTE

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO SOCIALE

Si attesta che la presente richiesta è stata presentata dal Sig.
identificato su esibizione in mia presenza di N.....
rilasciata in data .../.../..... da.....

.....li

Firma dell'addetto del Servizio Sociale

.....

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO DEL 2016/679. SI RINVIA AD APPOSITO MODELLO SOTTOSCRITTO SEPARATAMENTE DA CONSERVARE AGLI ATTI DELLA CARTELLA SOCIALE.

IL RICHIEDENTE