

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
PROTOCOLLO:

Al sig. Sindaco
Comune di _____

l sottoscritt_ _____
nat_ a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
Telefono _____ Altri recapiti _____
Codice fiscale _____ Cittadinanza _____
Stato civile _____

CHIEDE

A tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (compreso il richiedente):

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Condizione professionale	Titolo di studio	Codice fiscale	Stato civile

l sottoscritt_ _____ si impegna inoltre a comunicare all'assistente sociale di riferimento ogni variazione che eventualmente intervenga nella propria situazione familiare od economica e dichiara di essere a conoscenza del Regolamento Comunale per l'accesso al sistema di interventi e servizi sociali ambito 5.1 di Cervignano del Friuli.

l sottoscritt_ _____ dichiara che in data odierna ha ricevuto l'autorizzazione per recarsi al CAF per il calcolo ISEE.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna inoltre, nel caso in cui l'attivazione del servizio sia urgente, a corrispondere la tariffa piena prevista dal Regolamento e accetta il futuro conguaglio che verrà calcolato nel momento della presentazione dell'ISEE.

Data _____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE:

PRIMA RICHIESTA:

- SI
- NO

CASO SEGUITO DA ALTRI SERVIZI:

- SI (indicare quali) _____
- NO

PERSONE DI RIFERIMENTO:

Cognome e nome Residenza e recapito	Luogo e data di nascita	Condizione professionale	Titolo di studio	Codice fiscale	Stato civile

PARENTI CIVILMENTE OBBLIGATI AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE (Coniuge, figli, genitori, generi/nuore, suocero/suocera, fratelli):

Rapporto di parentela	Cognome e nome	Residenza	Recapito	Codice fiscale

MEDICO DI BASE: _____
C.R.A. _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni generiche

**Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire
(art. 46 DPR 28.12.2000 n. 445)**

__I__ sottoscritt __ _____
nat __ a _____ (_____) il _____
residente a _____ via _____ n. _____

DICHIARA:

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art. 76 DPR 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.

CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMIGLIARE:

- Il/La sig./ra _____ è in stato di disoccupazione dal _____
- Il/La sig./ra _____ è in stato di disoccupazione dal _____
- Il/La sig./ra _____ è in stato di disoccupazione dal _____
- Il/La sig./ra _____ è in stato di disoccupazione dal _____
- Il/La sig./ra _____ è iscritto al Centro per l'Impiego
- Il/La sig./ra _____ è iscritto al Centro per l'Impiego
- Il/La sig./ra _____ è iscritto al Centro per l'Impiego
- Il/La sig./ra _____ è iscritto al Centro per l'Impiego
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - Indennità di accompagnamento / frequenza
 - Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - Indennità di accompagnamento / frequenza
 - Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - Indennità di accompagnamento / frequenza
 - Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - Indennità di accompagnamento / frequenza
 - Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Che il proprio nucleo familiare ha percepito nel periodo antecedente 6 mesi la domanda in oggetto contributi economici dallo stesso o da altri enti come segue*:

Ente	Finalità	Importo	Soggetto beneficiario

- Altro (In particolare domande presentate non ancora evase)

Data, _____

FIRMA

Si chiede la dichiarazione per i contributi percepiti al di fuori di quelli disciplinati dal Regolamento: Assegno di cura e assistenza ai sensi della L.R. 10/98, Contributi a sostegno delle locazioni ai sensi della L. 431/98 e della legge regionale in materia, Assegni di maternità e nucleo familiare concessi dal Comune e/o dall'INPS, Fondo sociale ATER, Assegni ANMIL, Contributi per i corregionali all'estero, Contributi per sostegno nel pagamento rette asilo nido non disciplinati dal presente regolamento, Rendite INAIL, pensioni di guerra e/o estere, borse lavoro, ecc.

Non vengono considerati nel calcolo i contributi finalizzati che possono essere utilizzati solo per una determinata spesa che viene documentata: Es. Barriere architettoniche ai sensi della L. 13/89, Rieducazione fonetica, L. 162/98, ecc..