

## DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. 1 VENTIMIGLIESE

Sportello di Cittadinanza

Sportello Integrato Sociosanitario

Ambito Territoriale Sociale n. \_\_\_\_\_

### MODULO INTEGRATO RICHIESTA SERVIZI

#### DATI RELATIVI ALL'INTERESSATO/BENEFICIARIO<sup>1</sup>

COGNOME

NOME

.....

Nato/a a..... il..... Provincia.....

Nazione .....

Codice fiscale

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

Sesso  F  M

Stato civile .....

Residente in:

Via..... n.° ..... int° ..... Città .....

CAP..... Provincia ..... nominativo sul citofono.....

Tel..... Cell..... Altro recapito .....

(da compilare solo se diverso dalla Residenza) Domicilio:

Via..... n.° ..... int° ..... Città .....

CAP..... Provincia ..... nominativo sul citofono.....

oppure ricoverato presso struttura:.....

Medico di medicina generale\*..... Tel.....

Pediatra di libera scelta\*..... Tel.....

<sup>1</sup> Persona per cui è richiesto il servizio / dati obbligatori.

\* Dati facoltativi.

(da compilare solo se il richiedente è diverso dall'interessato/beneficiario)<sup>2</sup>:

**COGNOME**

**NOME**

.....

**Nato/a a**.....**il**.....**Provincia**.....

**Nazione** .....

**Codice fiscale**

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

**Residente in:**

**Via**.....**Città** .....**CAP**.....**Provincia** .....

**Tel**.....**Cell**.....**Altro recapito** .....

in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore, procuratore, genitore ecc.):  
.....
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela): .....
- Amministratore di Sostegno

**DOMANDA**

- Contributo Economico finalizzato a** .....
- Inserimento in Struttura per**      **Anziani**     **Disabili**     **Minori**     **Altro**  
**Tipologia di struttura**.....
- Inserimento in Attività di Socializzazione** .....
- Integrazione Retta Struttura**<sup>3</sup>
- Assistenza Domiciliare**     **Custode Socio-Assistenziale**     **Telesoccorso**
- Voucher Anziani**
- Borsa Lavoro**
- Integrazione per Refezione Scolastica presso l'Istituto:** .....
- Altro** .....

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> è necessario aver indicato la denominazione nella pag. 1 "ricoverato presso struttura".

**A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.  
DICHIARA CHE L'INTERESSATO/BENEFICIARIO**

è cittadino italiano o U.E.

*oppure*

è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno per motivi di:

è invalido al .....%  con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

a decorrere dal .....

percepisce redditi non soggetti a dichiarazione ISEE (indennità varie, rendite, vitalizi ecc...specificare):

usufruisce dei seguenti servizi erogati dalla ASL, dal Comune o dall'INPS:

Vive in:  una casa di proprietà  una casa in locazione  una casa di edilizia pubblica

senza fissa dimora

nel nucleo familiare sono presenti n. .... figli minori.

nel nucleo familiare sono presenti n. .... portatori di handicap di cui ..... minori.

i familiari tenuti per legge agli alimenti (art. 433 C.C.) sono i seguenti:

**Allega alla presente:**

certificazione ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000).

copia del permesso di soggiorno e/o documento di identità valido<sup>4</sup>.

altro.....

**Il sottoscritto/a, consapevole 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. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.**

**Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.**

**Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.**

**Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del servizio richiesto.**

**Il Dichiarante**

Luogo e data.....

<sup>4</sup> solo nel caso in cui la firma non venga apposta in presenza del funzionario pubblico ai termini della Legge 241/1990 e ssmmii.

Riservato all'ufficio: SIGLA ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_