



COMUNE DI TERRANUOVA BRACCIOLINI

Provincia di Arezzo

PROT. N°.....

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Terranuova Bracciolini

MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO SOCIALE

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a Prov. Stato il/...../.....
residente nel Comune di via/piazza/località
..... n..... Prov.....
C.a.p.....Tel.....C.F.....
MEDICO CURANTE.....

CHIEDE

Per se stesso ☐

☐ In qualità di: Tutore☐; Familiare (parentela.....)☐; Curatore ☐; Amministratore di sostegno ☐

Per il Sig/sig.ra..... nato il
a Prov..... Stato.....residente in
via/piazza/località' n. Prov. CAP tel.....
C.F..... MEDICO CURANTE

il sotto indicato intervento sociale:

☐ **CONTRIBUTO ECONOMICO:** ☐ **UNA TANTUM**

☐ **SOSTEGNO AI BISOGNI PRIMARI**

☐ **AFFIDO**.....

☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE:** ☐ **DIRETTA;** ☐ **INDIRETTA / ASSEGNO DI CURA**

☐ **VALUTAZIONE;** ☐ **RIVALUTAZIONE PERCORSO UVM;** **CENTRO DIURNO;** **STRUTTURA PER DISABILI**

☐ **INTEGRAZIONE RETTA R.S.A.**.....;

SERVIZIO FRUIZIONE PASTI A DOMICILIO; **MENSA;** **TRASPORTO**

☐ **AGEVOLAZIONE SERVIZI SCOLASTICI:** ☐ **MENSA;** ☐ **TRASPORTO;** ☐ **RETTA ASILO NIDO**

ALTRO

.....



COMUNE DI TERRANUOVA BRACCIOLINI

Provincia di Arezzo

☐ AGEVOLAZIONE RETTA PER ATTIVITÀ DI MINORI: ☐ DOPOSCUOLA; ☐ CENTRI ESTIVI

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del T.U.445/2000.

DICHIARA

1. Che la situazione economica del mio nucleo è la seguente:

ISEE ORDINARIO € _____

2. Rispetto a quanto indicato nella dichiarazione sostituiva presentata ai fini del rilascio dell'attestazione ISEE, la situazione economica si è modificata, in ragione di un cambiamento occupazionale secondo l'ISEE CORRENTE che è pari a: _____

4. Dichiaro che:

a) per servizi rivolti a minori l'ISEE Minori è pari a: _____

b) per i servizi di supporto alla domiciliarità in favore di persone non autosufficienti o riconosciute ex L. 104/92 l'ISEE socio sanitario è pari a _____

c) per i servizi di residenzialità in favore di persone non autosufficienti o riconosciute ex L. 104/92 il mio ISEE socio/sanitario – residenze è pari a: _____

Modalità di riscossione prestazioni economiche:

ASSEGNO CIRCOLARE []

RISCOSSIONE DIRETTA C/O TESORERIA []

VAGLIA POSTALE []

[] AUTORIZZAZIONE A BONIFICO BANCARIO INTESTATO

A _____

IBAN _____

delega per la riscossione diretta alla persona di fiducia sottoindicata

SIG./RA _____ NATO/A _____

IL _____ RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

IN VIA/V.LE _____ N. _____ TEL _____

AVENTE IL SEGUENTE C.F. _____

Lì _____

FIRMA



COMUNE DI TERRANUOVA BRACCIOLINI

Provincia di Arezzo

"Tutti i dati da lei comunicati sono stati trattati dal Comune di Terranuova Bracciolini nella persona del Sindaco pro tempore, quale Titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per le finalità previste dalla presente domanda. I dati sono trattati per il tempo strettamente necessario per le finalità per i quali sono stati raccolti e in ogni momento sarà possibile esercitare i propri diritti ai sensi degli articoli 7, 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE n. 2016/679. L'informativa completa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 è consultabile all'indirizzo internet: <http://www.comune.terranuova-bracciolini.ar.it>, oppure presso il Comune di Terranuova Bracciolini, Titolare del trattamento, e precisamente presso l'Ufficio de Servizi Sociali, sito a Terranuova B.ni in Piazza Unità Italiana, 1/A.

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD UE 679/2016, acconsento qualora necessario 1) al trattamento di eventuali dati sensibili 2) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione, archiviazione, gestione operativa dei servizi richiesti e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti 3) alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche e/o software houses che procurano programmi di gestione ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni.

Consapevole che il mancato consenso può comportare ritardo o impossibilità nella definizione della presente richiesta non consento a quanto indicati ai punti _____

_____ li _____

firma

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del dpr n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del dpr suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

_____ li _____
(data)

FIRMA

----- **

(o in sostituzione Esercente Responsabilità genitoriale / Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un Documento di identità valido del sottoscrittore. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

(# barrare la voce che interessa)

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)
