

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

**Spettabile
Comune di Codevigo**

ISTANZA DI ACCESSO AI SERVIZI COMUNALI ALLA PERSONA
*(Titolo IV del Regolamento in materia di S. Sociali approvato
con Delibera di Consiglio Comunale n. 6 del 18/03/2024)*

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____
(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (____), il ___/___/___
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____

codice fiscale telefono _____

cittadinanza _____ e-mail _____

CHIEDE

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (art. 14 del Regolamento in materia di S. Sociali)
- SERVIZIO PASTI A DOMICILIO (art. 15 del Regolamento in materia di S. Sociali)
- SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE (art. 16 del Regolamento in materia di S. Sociali)

in qualità di beneficiario

oppure

se il richiedente non è il/la beneficiario/a, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:

- genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del beneficiario/a
- tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere
- familiare (Grado di parentela: _____)

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del/la beneficiario/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (____), il ___/___/___
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale telefono ____/____

cittadinanza _____ e-mail _____

A tal fine , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

che il/la sottoscritto/a _____

oppure

se il richiedente non è il/la beneficiario/a, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:

genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del beneficiario/a
 tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

familiare

il/la Sig./ra _____

- intende avvalersi della possibilità di usufruire di una tariffa agevolata per i servizi richiesti. A tal fine dichiara di aver presentato o che si impegna a presentare una dichiarazione ISEE (DSU) valida nel periodo di erogazione del servizio, consapevole che sarà tenuto a pagare la tariffa intera in caso di assenza di un'attestazione ISEE valida o se il valore ISEE risultasse superiore alle soglie previste dal regolamento. Autorizza altresì il Comune ad accedere anche con strumenti informatici al Sistema Informativo ISEE (SII) gestito dall'INPS per prelevare la propria Dichiarazione ISEE (DSU) e la relativa Attestazione dell'Indicatore;
- è a conoscenza che la presenza nell'attestazione ISEE di omissioni e/o difformità e/o in cui il nucleo familiare dichiarato non corrisponda a quello anagrafico, salvo i casi particolari previsti dal DPCM 159/2013, costituisce motivo ostativo dell'accoglimento della domanda. In tali casi il procedimento verrà sospeso e verranno richieste le integrazioni documentali del caso;
- si impegna, quale possibile fruitore del servizio richiesto, a corrispondere al Comune la quota di partecipazione, determinata dai vigenti parametri di riferimento stabiliti dall'Amministrazione e computati sulla base del valore ISEE.
- è informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy" ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R.

Il/la sottoscritto/a

PRENDE ATTO

- che l'Amministrazione, a propria discrezione, potrà richiedere la documentazione di cui alle dichiarazioni sopra citate oppure far controllare le dichiarazioni dalle autorità preposte laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, procedendo alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente;
- che i dati personali conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione del contributo economico, che altrimenti non potrebbe essere concesso;

SI IMPEGNA

- a comunicare a questa Amministrazione con tempestività qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato;

ALLEGATA

- documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario*)
- permesso di soggiorno o, se scaduto, documentazione comprovante l'avvenuta richiesta di rinnovo (*solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea*)
- Attestazione ISEE in corso di validità
- ogni altro documento ritenuto idoneo a consentire una completa valutazione dello stato di bisogno

_____ /_____/_____
(luogo sottoscrizione) (data) (firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare il nome del dipendente addetto)
- consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato/a

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____ data di scadenza ___/___/___ rilasciato/a da _____, il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

___/___/___
(data)

(timbro dell'ufficio e firma)

Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____ data di scadenza ___/___/___ rilasciato/a da _____, il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il/la sig./ra _____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

___/___/___
(data)

(timbro dell'ufficio e firma)