

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
PROTOCOLLO:

Al Servizio Sociale dei Comuni
Ambito Distrettuale 5.1
Cervignano del Friuli

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 del D.lgs. 196/2003: 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 (non appartenenti al nucleo familiare)

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):

Cognome e nome	Rapporto di parentela	Residenza	Recapito	Codice fiscale

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: _____
C.R.A. _____

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

__l__ 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 FAMILIARE:

- 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:
 - 0 Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - 0 Indennità di accompagnamento / frequenza
 - 0 Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - 0 Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - 0 Indennità di accompagnamento / frequenza
 - 0 Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - 0 Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - 0 Indennità di accompagnamento / frequenza
 - 0 Altro trattamento non rilevante ai fini IRPEF (specificare) _____
- Il/La sig./ra _____ è titolare di:
 - 0 Pensione di Inabilità / Assegno di Invalidità Civile / Pensione Sociale
 - 0 Indennità di accompagnamento / frequenza
 - 0 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: reddito di base per la cittadinanza, 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, Fondo per l'autonomia possibile, ecc.