

AL DIRIGENTE / RESPONSABILE AREA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI VEDANO OLONA

**DOMANDA DI ACCESSO
AI SERVIZI SOCIALI**

Il/la Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ Il _____
Codice fiscale _____ Tel. e/o cellulare _____
Residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. Di Varese

In qualità di :

- Soggetto interessato
- Familiare (specificare il grado di parentela _____)
- Rappresentante legale come da decreto allegato(specificare _____)

CHIEDE

L'attivazione del servizio sociale di seguito specificato, secondo i termini previsti dal Regolamento dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Tradate:

- a favore dello/a stesso/a

Medico di Medicina Generale dr: /d.ssa _____
CSR _____

- a favore del/la Signor/a _____

nato/a a _____ prov. di _____ il _____
codice fiscale _____ tel. e/o cellulare _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune di VEDANO OLONA _____ CAP 21040 _____ Prov di Varese
Medico di Medicina Generale dr./d.ssa _____
CSR _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.26 della legge n. 156/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il/la sig./a beneficiario/a _____ è riconosciuto/a invalido/a al _____ % come da verbale di invalidità allegato;
- che le persone inserite nello stato di famiglia del/la sig./a beneficiario/a _____ sono quelle indicate nella tabella riportata di seguito:

| N. | GRADO PARENTELA | COGNOME NOME | DATA E LUOGO NASCITA | CODICE FISCALE |
|----|-----------------|--------------|----------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- che i parenti diretti o collaterali fino al 4° grado così come disposto dall'articolo 433 del Codice Civile sono i seguenti:

| N. | GRADO PARENTELA | COGNOME NOME | INDIRIZZO | RECAPITO TELEFONICO |
|----|-----------------|--------------|-----------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- che il reddito ISEE del nucleo relativo all'anno _____ con scadenza il _____ è di € _____;
- che il reddito ISEE del/la beneficiario/a relativo all'anno _____ con scadenza il _____ è di € _____;
- di essere a conoscenza che la presente istanza non produrrà automaticamente l'erogazione del servizio richiesto in quanto essa è subordinata alla valutazione della situazione economica e socio-familiare da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune, il cui esito finale verrà comunicato prima dell'erogazione della prestazione richiesta;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche e socio-familiari che determinino la perdita del diritto alla concessione del contributo;
- di essere a conoscenza delle condizioni di svolgimento del servizio richiesto, come da Regolamento citato;

- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti.

Ai sensi all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data, _____

In fede

(firma) _____

ALLEGATI

- 1) verbale di invalidità
- 2) dichiarazione ISEE relativa al nucleo familiare di _____
- 3) dichiarazione ISEE del/la sig./a _____
- 4) altro documento (specificare) _____