

**Amministrazione destinataria**

Comune di Castelfidardo

**Ufficio destinatario**

Ufficio Servizi Socio Educativi

## Domanda di erogazione di contributo economico individuale a sostegno delle spese relative all'assistenza per un familiare non autosufficiente

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

l'erogazione di contributo economico individuale a sostegno delle spese relative all'assistenza per un familiare non autosufficiente

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

**componente n. 1**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Stato civile			Rapporto di parentela								
Professione											

**componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

**componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

di trovarsi nella seguente condizione lavorativa

lavoratore dipendente presso la seguente ditta

Specificare ditta	Data di assunzione	Qualifica di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

titolare dell'impresa iscritta presso la C.C.I.A.

C.C.I.A di	Numero iscrizione	Sede
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

libero professionista iscritto all'albo professionale

Specificare albo	Numero iscrizione	Con studio sito in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

di essere lavoratore autonomi non iscritto ad un ordine professionale

**Pertanto allega la copia del contratto di lavoro**

di trovarsi nella seguente condizione sociale

ragazzo padre o ragazza madre

invalido

Percentuale di invalidità riconosciuta

%

**Pertanto allega attestazione di invalidità**

di essere disoccupato

di essere pensionato

Specificare da quanto è pensionato

**Pertanto allega documentazione comprovante**

### DICHIARA INOLTRE

che il proprio coniuge o convivente si trovi nelle seguenti condizioni

condizione lavorativa

lavoratore dipendente presso la seguente ditta

Specificare ditta

Data di assunzione

Qualifica di

titolare dell'impresa iscritta presso la C.C.I.A.A

C.C.I.A.A di

Numero iscrizione

Sede

libero professionista iscritto all'albo professionale

Specificare albo

Numero iscrizione

Con studio sito in

di essere lavoratore autonomi non iscritto ad un ordine professionale

**Pertanto allega la copia del contratto di lavoro**

condizione sociale

ragazzo padre o ragazza madre

invalido

Percentuale di invalidità riconosciuta

%

**Pertanto allega attestazione di invalidità**

di essere disoccupato

di essere pensionato

Specificare da quanto è pensionato

**Pertanto allega documentazione comprovante**

eventuale ulteriore componente del nucleo familiare

condizione lavorativa

lavoratore dipendente presso la seguente ditta

Specificare ditta

Data di assunzione

Qualifica di

titolare dell'impresa iscritta presso la C.C.I.A.A

C.C.I.A.A di

Numero iscrizione

Sede

libero professionista iscritto all'albo professionale

Specificare albo

Numero iscrizione

Con studio sito in

di essere lavoratore autonomi non iscritto ad un ordine professionale

**Pertanto allega la copia del contratto di lavoro**

condizione sociale

ragazzo padre o ragazza madre

invalido

Percentuale di invalidità riconosciuta

%

**Pertanto allega attestazione di invalidità**

di essere disoccupato

di essere pensionato

Specificare da quanto è pensionato

**Pertanto allega documentazione comprovante**

### COMUNICA

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

di possedere il seguente tenore di vita

abitazione di proprietà

Particella terreni o unità immobiliare urbana	Indirizzo catastale	Rendita catastale	Rata eventuale mutuo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

abitazione in affitto

Proprietario	Canone mensile	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

beni mobili del dichiarante

Specificare beni	Canone mensile	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

beni mobili del coniuge

Specificare beni	Anno immatricolazione	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

automobile di proprietà

Specificare auto

Anno immatricolazione	Cv	Kw
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

tv

digitale terrestre

abbonamento sky

computer

telecamera

lettore dvd

impianto allarme

stereo

telefono cellulare

Telefono cellulare

altro (specificare)

### SEGNALA

- che non sussistono relazioni di parentela o affinità tra dirigenti o dipendenti con compiti di responsabilità nel procedimento del settore interessato
- che sussistono relazioni di parentela o affinità tra dirigenti o dipendenti con compiti di responsabilità nel procedimento del settore interessato

**Specificare relazione di parentela**

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- documentazione attestante la pensione percepita
- documentazione attestante le utenze
- copia del certificato di invalidità civile
- stato di disoccupazione rilasciato dall'agenzia per l'impiego
- copia del contratto di lavoro valido
- copia della ultima busta paga dei familiari con reddito
- copia del passaporto
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castelfidardo

Luogo

Data

il dichiarante