

**AL DIRETTORE DEL C.S.S.M.
Corso Statuto n. 13
12084 Mondovì**

Oggetto: Richiesta di integrazione della retta di inserimento -quota sociale- in presidio SEMIRESIDENZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ tel. _____
in qualità di:

- INTERESSATO
- FAMILIARE (indicare grado parentela) _____
- ALTRO* _____

*(in caso di tutela /curatela/amministrazione di sostegno specificare il numero del Provvedimento di nomina)

Presenta domanda di:

- Integrazione della della retta di inserimento – quota sociale - presso il Centro Diurno a far data dal _____**
- Rinnovo dell'integrazione della retta di inserimento - quota sociale - presso il Centro Diurno _____ per l' anno _____**

A favore:

- Di se stesso
- del Sig/ra _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ Prov. (____) Cap. _____

Indirizzo _____ n. _____ telefono n. _____

Domiciliato/a a _____ (indicare solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo _____ n. _____ telefono n. _____

Dichiara che il Sig. _____ frequenterà:

- Giornata intera;
- Mezza giornata dalle ore _____ alle ore _____;

Dichiara che il Sig. _____ usufruirà:

- Servizio mensa
- Servizio trasporto (andata)
- Servizio trasporto (ritorno)

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Ai fini di cui sopra, il richiedente si avvale dell'autocertificazione ai sensi delle vigenti norme in materia di semplificazione delle procedure amministrative.

Avanti a (cognome, nome e qualifica del dipendente) _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false ed incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d del codice della privacy (decreto legislativo 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute:

1. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa l'inoltro della presente domanda e delle informazioni in essa contenute;
2. la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla persona disabile, fornendo con correttezza le informazioni richieste;

che il sig./la sig.ra _____ per cui si richiede il beneficio

3. percepisce un reddito derivante da pensione cat _____
importo mensile _____;

4. percepisce indennità concesse a titolo di minorazione dall'INPS:

- NO
- SI tipo _____

5. ha presentato domanda di riconoscimento _____ in data _____

6. che l'ammontare delle indennità concesse a titolo di minorazione è pari a:
- pensione di invalidità civile/indennità di frequenza, per € _____ mensili;
 - indennità di accompagnamento per invalidità civile, per € _____ mensili;
 - indennità di accompagnamento per cecità assoluta, per € _____ mensili;
 - indennità speciali per ciechi ventesimisti, indennità di comunicazione a favore di sordomuti per € _____ mensili;
 - altre indennità per € _____ mensili;
7. che l'ammontare degli altri redditi non fiscalmente rilevanti è pari a:
- assegno sociale per € _____ mensili per n. _____ mensilità;
 - rendite INAIL per € _____ mensili per n. _____ mensilità;
 - pensione di reversibilità per € _____ mensili per n. _____ mensilità;
 - altro _____ per € _____ mensili per n. _____ mensilità.
8. Si impegna a produrre entro trenta giorni ogni eventuale variazione a quanto sottoscritto nella presente dichiarazione.

ALLEGATI

Allo scopo allega alla presente domanda:

- attestazione ISEE socio sanitario, in corso di validità del ;
- Modello O bis M;
- certificazione di altri eventuali redditi non fiscalmente rilevanti di cui usufruisce
- certificazione di altri eventuali redditi fiscalmente rilevanti di cui usufruisce (Modello CUD, 730, UNICO)
- in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno, Provvedimento di nomina emesso dall'Autorità Giudiziaria
- copia della carta di identità del dichiarante

IL DICHIARANTE

(luogo, data) _____

Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare dovranno essere comunicati, relativamente alla persona oggetto della prestazione, i seguenti dati:

- a) il trasferimento in altro presidio;
- b) le variazioni economiche superiori/inferiori ad 1/5 rispetto alla dichiarazione presentata;
- c) il decesso;

Data _____/_____/_____

Il Funzionario Ricevente

Il Dichiarante

Informativa ai sensi del D.L. 196/2003 "Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

I dati personali richiesti nella fase istruttoria per gli interventi economici saranno oggetto di trattamento esclusivamente per la predisposizione dell'intervento stesso e potranno essere utilizzati in forma anonima per il sistema informativo.

Detti dati potranno essere trasmessi a:

- operatori del C.S.S.M.
- operatori dell'A.S.L. CN 1
- servizi incaricati delle verifiche (Regione Piemonte)

Il /la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente _____ via _____

conferisce il proprio

CONSENSO

ai sensi del Decreto Legge in oggetto, al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti indicati dall'informativa ricevuta, dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dal medesimo Decreto Legge.

FIRMA

Mondovì, li _____
