



**CITTÀ DI SAN VITO DEI NORMANNI**

(Provincia di Brindisi)

**Assessorato ai Servizi Sociali**

Via De Gasperi, 1 - tel. 0831/955403 - 404

comunesanvitodeinormanniec.rupar.puglia.it

**RICHIESTA DI PRESTAZIONE SOCIALE AGEVOLATA**

**Al Segretariato Sociale del Comune di \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a..... ..Cod.Fiscale .....

.....

residente in Via.....n.....località .....

nato a ..... il .....\.....\.....Tel.

n.....

**CHIEDE**

L'erogazione delle seguenti prestazioni:

- Prestazioni economiche assistenziali:
- Assistenza Economica Continuativa
- Assistenza Economica Temporanea
- Assistenza Economica Straordinaria
- Servizio Civico
- Esonero Trasporto Scolastico / Esonero Buoni Mensa;
- Servizio Recupero Scolastico
- Assistenza Domiciliare Minori
- Telesoccorso
- Ricovero in strutture residenziali
- Trasporto disabili presso strutture riabilitative
- Trasporto Sociale
- Altro

.....

a tal fine, ai sensi degli artt 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, N. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

**Nei confronti:**

- Propri**
- del familiare** (grado di parentela).....

**I parenti obbligati a prestare gli alimenti sono i seguenti:**

- Il coniuge;
- I figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;

- I genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti;
- .....
- I generi e le nuore;
- .....
- Il suocero e la suocera;
- .....
- I fratelli e le sorelle germani e unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali;
- .....

**Dichiara:**

- 1. Di percepire gli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Cod.Civ.**
- 2. Di non percepire gli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Cod. Civ..**
- 3. Di essere anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente / Disabile grave in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 4 della legge 104/92, di percepire il Reddito Complessivo di € \_\_\_\_\_ e di essere titolare delle seguenti pensioni, non fiscalmente rilevanti:**

- Pensione di Invalidità € .....
- Indennità di accompagnamento €.....
- Pensione INAIL €.....
- Altre pensioni, assegni e indennità erogate dallo Stato €.....

**Allega le seguenti certificazioni:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

-allega l'autocertificazione del valore **ISEE** riportato dall'attestazione con indicazione della data di scadenza della Dichiarazione Sostitutiva Unica.

-di essere a conoscenza che, nel caso di concessione di sovvenzione, contributi, sussidi o prestazione sociale agevolata, ai sensi dell'art. 4 comma 8 del d.Lgs. 109/98 e successive modificazioni, possono essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il/la sottoscritto/a autorizza il responsabile del procedimento ad utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta per la finalità prevista dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti del procedimento, il tutto nel rispetto dei limiti posti dal D. Lgs. 196/2003.

altro:

.....

Data Firma del richiedente

---

- Firma da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato alla ricezione.
- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

