



CITTÀ DI SAN VITO DEI NORMANNI

(Provincia di Brindisi)

Assessorato ai Servizi Sociali

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

comunesanvitodeinormanni@pec.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.