**CODICE PRATICA RIFERIMENTO** 

| Allo Sportello Unico        |  | Comune / Comunità / Unione |           |  |                            |                |       |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|-----------|--|----------------------------|----------------|-------|--|
| RICI                        | HIESTA DI CONTRI<br>FAMIL  |                            | PER SPESE |  |                            | SSISTENZ       | A     |  |
| DATI DE                     | L RICHIEDENTE  |                            |           |  |                            | (sempre necess | ario) |  |
| Cognome                     |  | Nome                       |           |  | Codice fiscale             |                |       |  |
| Luogo di nascita            |  | Prov                       | Stato     |  | Data nascita               | Sesso (M/F)    | _     |  |
| Luogo di nascita            |  | Prov                       | Stato     |  | Cittadinanza               |                |       |  |
| Indirizzo                   | residenza  |                            |           |  | N. civico                  | CAP            |       |  |
| PEC (Domicilio elettronico) |  | Email (Posta elettronica)  |           |  | Telefono fisso / cellulare |                |       |  |
| PERSON                      | IA NON AUTOSUFFICIENTE   |                            |           |  |                            |                |       |  |
| Cognome                     |  | Nome                       |           |  | Codice fiscale             |                |       |  |
| Luogo di nascita            |  | Prov                       | Stato     |  | Data nascita               | Sesso (M/F)    | _     |  |
| Resident                    | te in  | Prov                       | Stato     |  | Cittadinanza               | J              |       |  |
| Indirizzo                   | residenza  |                            |           |  | N. civico                  | САР            |       |  |
| In qualità                  | di   |                            |           |  |                            |                |       |  |
|                             | oresentante legale del richiedent<br>ecificare se tutore, procuratore,   |                            |           |  |                            |                |       |  |
|                             | persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere  Specificare grado di parentela                               |                            |           |  |                            |                |       |  |
|                             |  |                            | CHIEDE    |  |                            |                |       |  |
| ☑ l'ero                     | l'erogazione di un contributo per affrontare le spese relative all'assistenza per un familiare non autosufficiente di seguito meglio specificate |                            |           |  |                            |                |       |  |
| Des                         | crizione spese   |                            |           |  |                            |                |       |  |

## **DICHIARAZIONI**

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

## **DICHIARA**

|   | in relazione al medesimo familiare non autosufficiente   |  |   |      |  |  |  |  |
|---|--|--|---|------|--|--|--|--|
|   | O di non aver ricevuto altri contributi da enti pubblici o privati   |  |   |      |  |  |  |  |
|   | di aver ricevuto i seguenti altri contributi  Contributi ricevuti  |  |   |      |  |  |  |  |
|   | che la documentazione relativa alle spese sostenute non è stata utilizzata e non lo sarà per richiedere ulteriori sostegni o contributi ad altri enti pubblici o privati |  |   |      |  |  |  |  |
|   | Data<br>Num  | il proprio ISEE<br>n presentazio<br>n. protocollo<br>S-ISEE- |   |      | Indicatore Situazione Economica Equivalente € (ISEE)   |  |  |  |
|   | che il contributo può essere accreditato sul seguente conto corrente bancario o postale  Codice IBAN  Istituto di Credito/Ufficio Postale                                |  |   |      |  |  |  |  |
|   | esse   | re in possesso   | o dell'Indennità di Accompagname              | ento |  |  |  |  |
|   | DICHIARA INOLTRE   |  |   |      |  |  |  |  |
|   | di av<br>sul p   | er letto l'inform<br>ortale di riferin                       | nativa sul trattamento dei dati pers<br>nento | sona | li (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata |  |  |  |
| Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni                      |  |  |   |      |  |  |  |  |
| ALL   | EGAT   | ΤΙ   |   |      |  |  |  |  |
| <b>☑</b> (  | Docur  | mento di identi  | ità in corso di validità                      |      |  |  |  |  |
| Certificazione medica relativa alla persona non autosufficiente |  |  |   |      |  |  |  |  |
|   | Copia  | del verbale di   | riconoscimento dell'Indennità di A            | Acco | mpagnamento ::   |  |  |  |
| _ /   | Altri a  | llegati<br>Inserire una l                                    | breve descrizione dell'allegato               |      |  |  |  |  |
|   | Richiedente  |  |   |      |  |  |  |  |