



**SOCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

Al Sindaco del Comune di

Al Direttore della Società della Salute Nord Ovest

Al Coordinatore territoriale dell' Ufficio di _____

1

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Provincia _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

a nome proprio

per conto di _____ in qualità di _____

Munito di specifica delega e fotocopia del documento _____

Nato/a _____ Provincia _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Codice Fiscale _____

La concessione della seguente prestazione assistenziale _____

Inoltre il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000

Che la composizione del nucleo familiare del beneficiario è quello risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata _____ n. _____ del CAAF/ENTE _____, che si prega di allegare

Che la composizione del nucleo familiare del beneficiario risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra; _____ (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE O DI NOTORIETA')

¹ Inserire Comuni afferenti al Distretto Territoriale.....



SOCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

Che i redditi non imponibili di cui è titolare per l'anno in corso sono:

- Pensione di Guerra
- Pensione privilegiata ordinaria corrisposta ai militari di leva
- Pensione erogata dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, sordomuti, invalidi civili
- Indennità di accompagnamento erogata dal Ministero degli Interni
- Assegno erogato dal Ministero dell'Interno a ciechi civili, sordomuti, invalidi civili
- Pensione Sociale
- Rendita INAIL per invalidità permanente o per morte
- Borsa di studio
- Reddito soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o ad imposta sostitutiva
- Pensioni Estere

Che è beneficiario per l'anno in corso di:

1. contributi affitti
2. contributi natalità extracomunitari
3. assegno di maternità ai sensi dell'art.66 legge 448 del 28.12.1998
4. assegno per nucleo familiare con 3 figli minori ai sensi dell'art.65 L. 448/98
5. esonero totale o parziale TIA
6. esonero totale o parziale ICI
7. esonero totale o parziale mensa scolastica
8. esonero totale o parziale trasporto scolastico
9. esonero totale o parziale retta asilo nido

Nel caso in cui non sia possibile reperire la documentazione relativa ai redditi e/o ai benefici di cui sopra, il richiedente sarà invitato a presentarla

·Dichiara di aver sostenuto spese documentate relative a prestazioni assistenziali richieste a terzi per l'anno pari a euro

Familiari non conviventi:

Nucleo 1

Grado di parentela ²	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____, che si prega di allegare*
- Che la composizione del nucleo familiare (1) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra; (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE O DI NOTORIETA')*

² Indicare per tutti i familiari il grado di parentela: "G" se genitore, "F" figlio/a, "N" nuora, "GE" genero, "NI" nipote, "CONV" convivente.



**OCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

Nucleo 2

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____, che si prega di allegare
- Che la composizione del nucleo familiare (2) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra;
(IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE O DI NOTORIETA')

Nucleo 3

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____, che si prega di allegare
- Che la composizione del nucleo familiare (3) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra;
(IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE O DI NOTORIETA')

Nucleo 4

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____, che si prega di allegare
- Che la composizione del nucleo familiare (4) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra;
(IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE O DI NOTORIETA')



**SOCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest**

Via Gramsci 561 – Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 – fax 055 4498223)

4

- Che in caso di accoglimento della domanda la persona di riferimento per il pagamento della prestazione è :

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Residente a _____ via/piazza _____

n. _____ Tel. _____ codice fiscale _____

- Che in caso di accoglimento della domanda il titolare della quietanza è:

- Se medesimo

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Residente a _____ via/piazza _____ n. _____

Che con la sottoscrizione della presente intende delegare a riscuotere per suo conto.

Il/la sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente, si impegna a segnalare al destinatario dell'istanza, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, comma 1, D.P.R 445/2000)

DATA

FIRMA

Nell'impossibilità di firma da parte del beneficiario firma del familiare o del tutore o Amministratore di Sostegno

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

A norma dell'art.38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
 È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

NOTE

Le tipologie di servizi e interventi sociali sono le seguenti:

Interventi di sostegno economico, Servizi domiciliari e di supporto alla vita familiare e di relazione, Servizi Residenziali e Semiresidenziali: (Contributo, Casa Famiglia, Struttura Ospitalità, Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, Centro Socializzazione, Trasporto Sociale, Teleassistenza)

I destinatari dei servizi sono: Minori, Anziani, Adulti, Nuclei Familiari e Disabili.

Nota per l'Ufficio: per calcolo contributo economico art.15 - lettera D sommare punti 1,2,3 – lettera E sommare punti da 4 a 8.