



COMUNE DI VILLAROSA
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA
C.F. 80002890863 – tel.093531955 – comunediwillarosa@pec.it
Area I – Amministrativa
Servizi Sociali

Servizio Assistenza Domiciliare Anziani

Al Comune di Villarosa

OGGETTO: ISTANZA “AVVISO PUBBLICO PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI DI SERVIZIO (VOUCHER) ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AD ANZIANI TOTALMENTE O PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI”

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritt _____, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat__ a _____ il _____ di essere
residente a _____ in via _____ n. _____ codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

In qualità di: beneficiario familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

PER IL (da compilare solo in caso di familiare delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Il/la Sig./Sig.ra _____
nat__ a _____ il _____ di essere
residente a _____ in via _____ n. _____ codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

al fine di poter fruire del servizio di “**Assistenza domiciliare anziani**” e consentire all’Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza la valutazione delle condizioni socio-economiche per l’eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

-di aver preso visione dell'avviso pubblico del _____;

-di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli uffici si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

-di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF:

pensione pari a € _____ annui

invalidità civile pari a € _____ annui

indennità di accompagnamento pari a € _____ annui

rendita INAIL pari a € _____ annui

altro _____ pari a € _____ annui

Dichiara che il proprio nucleo familiare si compone come segue (dichiarante, componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF):

N.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Rel. parentela
D				
2				
3				

Dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare sono presenti soggetti con invalidità al 100% ai sensi di legge o disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92 come segue:

N.	Cognome	Nome	Invalidità (indicare %)	Indennità accompagnamento	L.104/92 (indicare art. e comma)
D					
2					
3					

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

N.	Cognome	Nome	Telefono	Residenza	Rel. parentela
1					
2					
3					

Che il proprio medico curante è il/la Dott./Dott.ssa _____

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Allega alla presente:

1. fotocopia fronte/retro del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
2. eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

1. certificazione ISEE, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
2. certificazione Barthel;
3. verbale di invalidità e/o L. 104/92;
4. modulo scelta Cooperativa;
5. eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

Villarosa, _____

Il Dichiarante
