

A tale proposito, dichiara:

- di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche, ed altresì qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediante valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM, per come previsto dalla normativa in vigore;
- che i servizi forniti dall'Ambito sono erogati mediante risorse a valere su Fondi europei, nazionali, regionali e locali (es. FNPS, FRPS, FNA, ecc.);
- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue.

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. **ISEE socio-sanitario** in corso di validità dell'interessato riferito all'interessato;
2. **Verbale L.104/92 e certificazione sanitaria attestante la tipologia di disabilità;**
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno in corso;
4. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice civile o con la quale viene dichiarato l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;
5. **Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;**
6. **Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;**
7. **Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;**
8. **Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza.**

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Distinti saluti.

_____ lì _____

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, C.F. _____ / residente a _____ in piazza/via _____ n. _____ tel./cell. _____, e-mail _____;
--

con la presente in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

Familiare *(indicare il grado di parentela)*: _____

Tutore/Amministratore di Sostegno

Altro *(specificare)* _____

di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ nato/a a _____ prov. _____ sesso (M o F) il _____ residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____ tel./cell. _____ e-mail _____;

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

* *(indicare con un segno di spunta)*

1. Che la **situazione reddituale e/o economica** per l'anno _____ è la seguente:
(ultima dichiarazione presentata)

	Reddito proprio	Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

2. Che la **situazione patrimoniale** è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno _____.

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Data: _____ li _____

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Allegato: Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

***Art. 433 Codice civile**

Persone obbligate: all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine:

- 1) il coniuge
- 2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti.
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali; con precedenza dei germani sugli unilaterali.

Certificato Medico e/o Relazione del Medico curante o Specialista che certifichi lo stato di salute e la coerenza dell'utente con il servizio socioassistenziale richiesto.

A large empty rectangular box with a blue border, intended for a medical certificate or report. The box is positioned on the left side of the page and occupies most of the vertical space below the header text.