

COGNOME	NOME																				
Il Sig. /a .....	..... (di seguito indicato RICHIEDENTE)																				
nato/a a ..... (Prov. ....) il .....																					
codice fiscale	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
residente in:	(sede di sperimentazione)																				
Via.....																					
Città .....	Cap..... Provincia ..... tel.....																				
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Stato civile: <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> libero <input type="checkbox"/> .....																				

*In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):*

COGNOME	NOME																				
<input type="checkbox"/> il Sig./ a .....	.....																				
codice fiscale	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Residente in:	via.....																				
Città .....	Cap..... Provincia ..... tel.....																				

in qualità di:

rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc. ....)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela .....)

per conto del RICHIEDENTE

**CHIEDE**

di partecipare al progetto di sperimentazione dell'assegno servizi per la concessione dell'assegno di tipologia: (barrare una sola casella)

A (€ 5.170,00)

B (€ 3.100,00)

C (€ 1.550,00)

D (€ 780,00)

da utilizzare in un periodo di: \_\_\_\_\_ mesi (indicare il periodo per il quale si richiede l'assistenza)

al fine di acquisire (si possono barrare più caselle)

prestazioni di aiuto domestico familiare

assistenza tutelare per persona non autosufficiente

prestazioni di assistenza educativa (per i minori)

con: (barrare una sola casella)

esonero totale (reddito e situazione patrimoniale corrispondente a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000 ) minore di € 8300

compartecipazione al 50% da versare:

in un'unica quota  in più quote

contributo a rendiconto, documentato, per assistenza familiare a proprio carico

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445

DICHIARA  
**che il RICHIEDENTE**

- è cittadino italiano o U.E. OPPURE
- cittadino extracomunitario titolare di carta di soggiorno (**allegare copia della carta di soggiorno**)
- necessita di: (*barrare una sola casella*)
- una presenza dei familiari o di altre persone per assistenza, tutela e accudimento per almeno 7 ore al giorno (condizione necessaria per ottenere l'assegno di tipo A – allegare certificato medico)
  - una presenza per assistenza, tutela e/o accudimento per almeno 5 ore al giorno (condizione necessaria per ottenere l'assegno di tipo B – allegare certificato medico)
  - assistenza temporanea e limitata (condizione per ottenere l'assegno di tipo C o D – allegare certificato medico se necessita di assistenza)
- è in lista di attesa per l'inserimento, a carico comunale, in:
- RSA       RP       altro (specificare .....
- è in dimissione dall'ospedale o dalla RSA  
(*non è una condizione necessaria per l'ottenimento dell'assegno ma indicatore di priorità*)
- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a € \_\_\_\_\_ come da allegata certificazione  
(*necessaria solo se si richiede l'esonero totale e quindi il valore ISEE deve essere minore di € 8300*)

**A SOLI FINI STATISTICI PER IL MONITORAGGIO DELLA SPERIMENTAZIONE DICHIARA *che il RICHIEDENTE***

- ha una situazione reddituale e patrimoniale familiare con:
- reddito IRPEF compreso tra
    - minore di € 3.000
    - tra € 3.000 e € 8.300
    - tra € 8.300 e € 18.000
    - tra € 18.000 e € 26.000
    - tra € 26.000 e € 36.000
    - oltre € 36.000
  - possiede patrimonio mobiliare (BOT, titoli di Stato, azioni, ecc.)       non possiede patrimonio mobiliare
  - possiede patrimonio immobiliare (escluso la prima casa)       non possiede patrimonio immobiliare
- che la composizione del suo nucleo familiare (anagrafico) è la seguente:
- Figli                    n. \_\_\_\_\_
  - Nipoti                  n. \_\_\_\_\_
  - Fratelli                n. \_\_\_\_\_
  - Sorelle                n. \_\_\_\_\_
  - Coniuge
  - Padre
  - Madre
  - Nonni                  n. \_\_\_\_\_
  - Altro                    n. \_\_\_\_\_
- Numero totale componenti: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse alla sperimentazione dell'assegno servizi.

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma)

(in caso di spedizione allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)