

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO RM 6.4

RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)	
NATO/A	PROV. ()	(PER GLI STRANIERI INDICARE LO STATO DI NASCITA)
IL	RESIDENTE NEL COMUNE DI	
VIA	N.	C.A.P.
TEL.	CODICE FISCALE	

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 - *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

CHIEDE

- di essere inserito presso il Centro Diurno per Disabili con sede in Pomezia - Via Bruno Buozzi; A tal fine.

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno
 n° _____, rilasciato in data _____ dal Questore di _____ valido fino al _____, oppure carta di soggiorno n° _____, rilasciata il _____ dal Questore di _____ ;
- di avere la residenza anagrafica nel Comune di Pomezia Ardea;
- che il reddito annuo complessivo del nucleo familiare relativo all'anno _____, così come determinato quale indicatore socio - economico equivalente (I.S.E.E.), è pari ad € _____ ;
- di essere già a carico dei servizi socio-sanitari SI NO

Se sì, per interventi di:

- assistenza domiciliare (specificare la frequenza, giorni ed orario) _____ ;
- sostegno alla genitorialità;
- altro _____ ;
- di non essere alla data odierna già inserito in altro Centro Diurno per Disabili;

di essere alla data odierna già inserito presso il seguente Centro Diurno per Disabili:
_____;

di non essere alla data odierna già inserito in altro Centro di Riabilitazione (CdR);

di essere alla data odierna già inserito presso il seguente Centro di Riabilitazione (CdR):
_____;

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO, nonché:

- si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Distretto Socio-Sanitario RM/H4 ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n° 109 e art. 6 - comma 3 — del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della legge 31.12.1996, n° 675 e successive modificazioni, autorizza il Comune di residenza a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare all'Ufficio di Piano del Distretto Rm6.4 presso il Comune di Pomezia, ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

SI ALLEGA:

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;
- fotocopia codice fiscale;
- fotocopia tessera sanitaria;
- per gli stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli art. 5 e 7 della legge 08/03/1998 n° 40;
- dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) - Modello I.S.E.E. riferita ai redditi dell'anno _____, rilasciata da organismo autorizzato;
- certificato medico attestante la natura dell'handicap, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- documentazione sanitaria integrativa comprendente certificato medico specialistico;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà, redatta su modello fornito dall'amministrazione, utile al fine della valutazione socio-sanitaria.

DATA, _____

FIRMA _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
UTILE AL FINE DELLA VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A		<small>(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)</small>	
NATO/A	PROV. ()	<small>(PER GLI STRANIERI INDICARE LO STATO DI NASCITA)</small>	
IL	RESIDENTE NEL COMUNE DI		
VIA	N.	C.A.P.	
TEL.	CODICE FISCALE		

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 - *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di avere la residenza anagrafica nel Comune di Pomezia Ardea:
- di appartenere ad un nucleo familiare composto dal solo richiedente;
- di appartenere ad un nucleo familiare composto dal richiedente e da un solo altro componente lavoratore;
- di appartenere ad un nucleo familiare composto da portatori di handicap (con invalidità superiore ai 2/3) e/o ultra sessantacinquenni e/o minori;
- di appartenere ad un nucleo familiare composto dal richiedente disabile con presenza di genitori di età < 65 anni lavoratori e/o disoccupati;
- di appartenere ad un nucleo familiare composto dal richiedente disabile con presenza di genitori di età > 65 anni;
- di appartenere ad un nucleo familiare con assenza totale di parenti entro il primo grado;
- di appartenere ad un nucleo familiare con assenza di parenti entro il primo grado residenti nel distretto RM/H4;

- di appartenere ad altra tipologia di nucleo familiare così composto:

Composizione nucleo familiare		
cognome e nome	luogo e data di nascita	Grado di parentela

DATA, _____

FIRMA _____