



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA SERVIZIO TELESOC CORSO

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:

2

Numero pag.:

1/3

Unità operativa di

Protocollo

DATI DEL BENEFICIARIO

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Residente a		Via	
Telefono fisso			
Codice fiscale			
Eventuale persona di riferimento	Nome e Cognome	Recapito telefonico	

CHIEDE IL SERVIZIO DI TELESOC CORSO

DICHIARA

Che ha effettuato l'ISEE in data ____/____/____ e che al momento della presente richiesta l'ISEE è in corso di validità e scade in data ____/____/____

QUADRO A: COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DEL BENEFICIARIO

Indicare il codice ove è possibile:

Parentela : **C**= Coniuge/Convivente; **F**= Figlio; **D**= Figlio disabile; **G**= Genitore; **A**= Altro

Tipo di reddito: **a** = lavori ad ore **b** = pensioni/stipendi **c** = indennità di accompagnamento
d = altri redditi (rendite, investimenti ecc.) **e** = proprietà immobili e mobili

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

Nominativo	Parentela	Data di nascita	Professione	Reddito mensile	Tipo di reddito
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			

◇ Se redditi di tipo **d** / **e** specificare, se di tipo **c** precisare l'utilizzo:

◇ l'alloggio in cui abita risulta di proprietà: ☐ SÌ ☐ NO

◇ l'affitto dell'alloggio in cui abita è di € _____ mensili

◇ di avere un'invalidità riconosciuta dalla Commissione Invalidi Civili del _____ %

◇ di disporre di apparecchio telefonico con contratto _____



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA SERVIZIO TELESOCOCCORSO

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:

2

Numero pag.:

2/3

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (ART. 433 DEL C.C.)

Nominativo	Indirizzo	Grado di parentela	N° comp. familiari	N° comp. titolari di pensioni/ redditi

QUADRO B: INFORMAZIONI SUI PATRIMONI NON CONTENUTE NELLA DSU

BENI MOBILI ED IMMOBILI CHE IL BENEFICIARIO HA INTESTATO AD ALTRI O DONATO GRATUITAMENTE NEI 5 ANNI PRECEDENTI

Nome di chi ha donato o intestato	Tipo di bene	Percentuale ceduta	Valore donazione/ per immobili imponibile ICI	Data della donazione o intestazione

DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Io sottoscritto dichiaro di aver compilato i quadri A ☐ B ☐ che le mie dichiarazioni sono vere e complete. Sono consapevole che la presente domanda non può essere considerata valida se non produrrò entro il ___ / ___ / ___ la seguente documentazione:

Sono consapevole della mia responsabilità penale (art. 489 c.p.) per dichiarazioni false o incomplete. Comunicherò immediatamente ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e di quanto dichiarato nella presente. Sono consapevole che il Consorzio, il Comune di residenza ed altri Enti, compresa la Guardia di Finanza, controlleranno la dichiarazione e, se anche soltanto una delle informazioni o dei dati dichiarati saranno risultati falsi o incompleti, il Consorzio presenterà querela all'autorità giudiziaria e, in base all'art. 75 DPR 445/00 cesserà l'erogazione del servizio.

Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed acconsento al trattamento, anche con strumenti informatici, di tutti i dati personali, anche sensibili, forniti e necessari per l'erogazione del servizio richiesto.



Consorzio Intercomunale di Servizi

DOMANDA SERVIZIO TELESOCORSO

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000

Modulo di registrazione:

MR-09-01

Versione:

2

Numero pag.:

3/3

Sono consapevole che per il servizio di telesoccorso è prevista una quota di compartecipazione al costo del servizio, sulla base della documentazione consegnata (attestazione ISEE, Dichiarazione Sostitutiva Unica e modello OBISM) e **mi impegno a versare la quota di compartecipazione dovuta con le modalità previste dal regolamento consortile.**

Letto, confermato, sottoscritto

_____, ____/____/____
(luogo) (data)

(firma del dichiarante)

(Se il dichiarante è impossibilitato/incapace alla firma, barrare la casella appropriata)

Previo l'accertamento dell'identità, la presente dichiarazione è stata resa:

- ☐ dal dichiarante impedito a sottoscrivere, previo accertamento della sua identità;
☐ da: ☐ coniuge; ☐ figlio/a in mancanza del coniuge;
☐ dal seguente parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____
☐ da chi ne ha la rappresentanza legale (genitore o tutore) in nome e per conto del componente incapace di agire;
☐ dall'amministratore di sostegno nominato dal Giudice Tutelare;

Attesto che la dichiarazione è stata presentata dal Sig. _____
Identificato con il documento _____ numero _____ rilasciato in
data ____/____/____ da _____

L'operatore dei servizi sociali

_____, ____/____/____
(luogo) (data)

(firma)

Note ed osservazioni a cure dell'operatore sociale

L'operatore dei servizi sociali

(firma)