

	Amministrazione destinataria Comune di Dolo Ufficio destinatario Servizio assistenza sociale	
---	---	--

Domanda di integrazione economica per il pagamento della retta in una struttura residenziale

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'erogazione di un contributo di integrazione economica per l'integrazione al pagamento della retta di inserimento in struttura

<input type="radio"/>	per se stesso																																																																						
<input type="radio"/>	per la seguente persona																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="4">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Comune</th> <th>Provincia</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome				Codice Fiscale													Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza												Residenza										Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP										<input type="checkbox"/>	
Cognome			Nome				Codice Fiscale																																																																
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																	
Residenza																																																																							
Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																													
									<input type="checkbox"/>																																																														

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

<input type="radio"/>	di essere iscritto nelle liste di collocamento del seguente comune
	Comune
<input type="radio"/>	di non essere iscritto nelle liste di collocamento
<input type="radio"/>	di aver già usufruito di interventi di sostegno economico nel seguente anno
	Anno
<input type="radio"/>	di non aver già usufruito di interventi di sostegno economico

<input type="radio"/>	di non avere parenti civilmente obbligati agli alimenti																												
<input type="radio"/>	di avere i seguenti parenti civilmente obbligati agli alimenti non conviventi (genitori, figli, fratelli e sorelle, nipoti in linea retta, coniuge)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Data di nascita</th> <th>Indirizzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Cognome	Nome	Data di nascita	Indirizzo																								
Cognome	Nome	Data di nascita	Indirizzo																										

<input type="radio"/>	di dare il consenso a contattare, a suo nome, per le eventuali verifiche necessarie, le persone sopra indicate, ai fini della presente istanza di contributo
<input type="radio"/>	di non dare il consenso a contattare, a suo nome, per le eventuali verifiche necessarie, le persone sopra indicate, ai fini della presente istanza di contributo

DICHIARA INOLTRE

di avere attivo il seguente finanziamento

Finanziamento con	Rateo mensile	Fino al
	€	

di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, natanti, camper, roulotte, motocicli

Targa	Cilindrata	Immatricolazione

di possedere le seguenti proprietà immobiliari

Descrizione proprietà

- di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale ha sottoscritto apposito protocollo d'intesa con la guardia di finanza della Regione Veneto ai fini delle verifiche da effettuare sulla posizione reddituale e patrimoniale dei nuclei familiari beneficiari di prestazioni sociali agevolate
- di essere informato che il conferimento dei dati personali contenuti nella presente comunicazione è di natura obbligatoria e che i dati potranno essere trattati da parte del Comune esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati richiesti nel rispetto del Regolamento comunitario 27/04/20016, n. 679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), secondo il quale i dati forniti saranno trattati dal Comune di Dolo esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di Dolo con sede in via Cairoli, n. 39, 30031 Dolo (VE)
- che il Comune ai sensi del Decreto Ministeriale 16/12/2014 è tenuto a trasmettere telematicamente all'INPS tutte le prestazioni sociali agevolate condizionate all'ISEE per la costituzione di una banca dati alla quale avranno accesso per finalità di controllo anche l'Agenzia delle Entrate e la Guardia di Finanza
- di impegnarsi in caso di accoglimento della domanda a segnalare al destinatario dell'istanza, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente

DICHIARA INOLTRE

di aver percepito nell'anno in corso le seguenti entrate

Descrizione	Annue	Mensili
<input type="checkbox"/> contributo libri di testo	€	€
<input type="checkbox"/> contributo borsa di studio	€	€
<input type="checkbox"/> contributo statale per nucleo numeroso	€	€
<input type="checkbox"/> contributo statale per maternità	€	€
<input type="checkbox"/> contributo regionale <i>ai sensi della legge regionale 11/03/1986, n. 8</i>	€	€
<input type="checkbox"/> impegnativa di cura domiciliare	€	€
<input type="checkbox"/> social card	€	€
<input type="checkbox"/> assegno di sollievo o buono servizio	€	€
<input type="checkbox"/> sostegno affitti	€	€
<input type="checkbox"/> altri contributi (specificare)	€	€
<input type="checkbox"/> pensione o assegno sociale	€	€
<input type="checkbox"/> pensione di guerra	€	€
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento	€	€
<input type="checkbox"/> invalidità civile	€	€
<input type="checkbox"/> rendite INAIL	€	€
<input type="checkbox"/> borsa lavoro SIL	€	€
<input type="checkbox"/> assegno di mantenimento <i>nel caso di separazioni</i>	€	€
<input type="checkbox"/> indennità di disoccupazione	€	€
<input type="checkbox"/> altre fonti di reddito (specificare)	€	€

COMUNICA

che in caso di accoglimento della domanda il titolare della domanda è la seguente persona

<input type="radio"/> il sottoscritto con una delle seguenti modalità											
<input type="radio"/> accredito sul seguente conto corrente											
IBAN _____											
<input type="radio"/> mandato di pagamento presso la tesoreria comunale											
<input type="radio"/> la seguente persona terza che delega a riscuotere per suo conto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza											
Provincia		Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare					Telefono fisso						
Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata						

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia della DSU
<input type="checkbox"/>	delega per la richiesta dell'integrazione economica <i>(da allegare se selezionato altro soggetto oltre al sottoscritto)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Dolo		
Luogo	Data	Il dichiarante