



Amministrazione destinataria

Comune di Schio

Ufficio destinatario

## Domanda di contributo per integrazione retta in istituto per disabili

### Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)			
<input type="text"/>			

### attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

### ricoverato nella struttura

Denominazione struttura

### per

Motivo ricovero

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**

- di essere a conoscenza che il Comune si riserva il diritto di procedere d'ufficio a tutte le verifiche necessarie in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese con la presente domanda di integrazione retta
- di aver preso visione del vigente Regolamento approvato con Deliberazione di Consiglio comunale n. 74/2011 e s.m.i. delle vigenti linee guida in materia
- di essere a conoscenza che, in caso di concessione del contributo richiesto, la prestazione agevolata verrà inserita nella banca dati delle prestazioni sociali agevolate ai sensi del Decreto legislativo 31/05/2010, n. 78, del Decreto ministeriale 26/12/2014, n. 206, del Decreto legislativo 15/09/2017, n. 147 e successive modifiche ed integrazioni
- le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare

Importo ISEE anno di riferimento	Data di rilascio ISEE	Numero di protocollo DSU
€		

### COMUNICA

l'elenco dei familiari, inclusi gli eventuali soggetti tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

(\*) coniuge, figli legittimi o legittimati e, in loro mancanza, i discendenti prossimi (figli dei figli), genitori, e il loro mancanza, gli ascendenti prossimi, generi e nuore, suocera e suocero, fratelli e sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali

#### DICHIARA INOLTRE

- che rispetto alla richiamata Dichiarazione Sostitutiva Unica sono intervenute le seguenti variazioni

Descrizione variazioni

--

- di rendersi disponibile, eventualmente assieme ad altri, alla compartecipazione al pagamento della retta in parola per l'importo mensile di

Importo mensile retta

€
---

di volere ricevere l'eventuale contributo

#### domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

--

IBAN

--

Codice BIC (swift) (se conto estero)

--

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

--

Nome

--

Codice Fiscale

--

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

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

<input type="checkbox"/>	copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno
<input type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie residenziali
<input type="checkbox"/>	contratto di accoglienza sottoscritto dalla struttura ospitante
<input type="checkbox"/>	verbale del progetto di inserimento in struttura
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	ove nominato, decreto nomina amministratore di sostegno

**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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Schio

Luogo

Data

il dichiarante