



Amministrazione destinataria

Comune di Buccinasco

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali

Domanda di intervento sociale per la compartecipazione al pagamento retta per strutture semiresidenziali

Il sottoscritto

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

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 alla retta di frequenza ai servizi semiresidenziali da parte del Comune di Buccinasco

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

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

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 prendere atto del "regolamento per l'erogazione di contributi economici finalizzati a prestazioni sociali agevolate e socio-assistenziali agevolate" approvato con deliberazione di consiglio comunale del 7/2/2019, n. 6 e deliberazione della giunta comunale n.76/2019
- di impegnarsi a consegnare l'attestazione ISEE entro e non oltre il termine stabilito, consapevole che qualora l'ISEE non fosse prodotto entro il termine stabilito, il Comune si vedrà costretto ad interrompere il beneficio e pertanto la spesa sarà interamente a carico della famiglia

dati relativi alla struttura ospitante

Denominazione struttura

Situata in

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

Retta giornaliera

€

Giorni e orari di frequenza settimanali

la capacità economica del beneficiario è determinata in base ai parametri ricavati delle fasce ISEE

Dati relativi alla capacità economica del beneficiario

 importo ISEE sociosanitario (nel caso di disabile maggiorenne)

Specificare importo ISEE sociosanitario

€

 importo ISEE ordinario (nel caso di disabile minorenni)

Specificare importo ISEE ordinario

€

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)* copia dell'attestazione ISEE sociosanitario o ISEE ordinario in corso di validità copia dell'ultimo piano educativo individualizzato copia del documento di identità*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)* 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)* 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.

Buccinasco

Luogo

Data

il dichiarante