

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

TRAMITE IL COMUNE DI _____

Oggetto: Richiesta di accesso al servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS) – Pal 2017

– in favore di persone/nuclei familiari, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 30 , che si trovino in situazioni di emergenza e urgenza sociale.

Il/la sottoscritt _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ dal _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

Nella qualità

◇ di Diretto Interessato, oppure:

◇ familiare _____

◇ conoscente _____

◇ medico curante _____

◇ altro _____

del Sig. _____ nat_a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ via _____ n° _____

C.F. _____ Tel/Cell. _____ email _____

CHIEDE

L'accesso al servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS) per l'erogazione di prestazioni di assistenza e di sostegno sociale (specificare):

Pertanto, chiede la presa in carico da parte del Servizio Sociale dedicato, dichiarandosi disponibile a colloqui e approfondimenti, anche documentali, necessari.

All'uopo, ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, e s.m.i. recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

DICHIARA

☐ Di essere solo/a

☐ coniugato/a

☐ separato/a di fatto dal/la sig./ra _____

☐ separato legalmente dal/dalla sig./sig.ra _____

☐ inserito nel nucleo familiare di _____ dal _____

- ☐ Di abitare in casa di:
- ☐ Proprietà, ubicata in via _____
- ☐ in affitto (allegare copia del contratto di locazione) ubicata in via/piazza _____
- ☐ altro (specificare) _____
- ☐ di tipo popolare
- ☐ Di non essere proprietario di beni immobili
- ☐ Di essere proprietario di n° _____ beni immobili

Che in atto il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Nel nucleo familiare sono presenti n. _____ persone con disabilità permanente o grave giusta certificazione rilasciata da _____

- ☐ di essere percettore di Assegno di Inclusione e/o altre misure di inclusione sociale o sostegno alla povertà che preveda l'erogazione di un sussidio economico di livello nazionale, regionale o comunale (NASpI – DIS.COII – CIG - ecc).
specificare _____
- ☐ di non essere percettore di alcuna misura di sussidio di cui sopra.

Si allegano (**barrare gli allegati**)

- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario (se diverso dal dichiarante) in corso di validità;
- ☐ Attestazione ISEE definitiva relativa ai redditi anno precedente a quello dell'istanza in corso di validità e/o Dichiarazione dei redditi., Modello CUD, Modello 730, Unico e/o Certificati di pensione precedente a quello dell'istanza;
- ☐ Eventuale Documentazione attestante la condizione di disabilità;
- ☐ Eventuale altra Documentazione ritenuta utile ai fini di comprovare la condizione di disagio _____

 sottoscritt consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara- ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445 – che quanto contenuto nella presente dichiarazione risponde al vero ed è documentabile su richiesta dell'A.C. ovvero è dalla stessa accertabile. Dichiaro altresì di essere consapevole che i benefici riscossi indebitamente su base di dichiarazione mendace, dovranno essere rimborsabili all'A.C..

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Codice in materia di trattamento dei dati personali D.Lgs. 196/2023 (Codice Privacy) e s.m.i. autorizza il Comune di Patti al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata.

Patti il _____ Il/La Dichiarante _____

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Sig. _____ che si trova in
situazione di impedimento o di incapacità –
giusta _____

Il/La
Dichiarante _____