



MUNICIPIO DELLA CITTÀ DI PATTI

CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA

8° SETTORE

WELFARE, POLITICHE GIOVANILI E
PARTECIPAZIONE CIVICA

Al Responsabile dell' 8°Settore
Welfare Politiche Giovanili e Partecipazione
Comune di Patti

IL/la sottoscritta _____ nat a _____ il _____

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

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

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL BENEFICIO PER

Assistenza domiciliare Anziani (ADA) _____

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:
 affitto (allegare copia del contratto di locazione e, nel caso di richiesta per contributo affitto, specificare la strada in cui detto alloggio è ubicato via/piazza _____ e dichiarare, barrando la casella, se l'alloggio possiede caratteri tipologici comparabili a quelli dell'edilizia residenziale pubblica **SI NO**
 comodato gratuito
 altro (*specificare*) _____
 di tipo popolare
- Di non essere proprietario di beni immobili _____ Di essere proprietario di n° ____ beni immobili
Se proprietario di beni immobili barrare: adibito ad abitazione principale _____ adibito ad altro uso _____
 Di essere proprietario di n° ____ beni immobili non commerciabili (**come da allegata documentazione**)
- 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. _____ componenti con handicap permanente o grave superiore al 66% giusta certificazione rilasciata da _____				

5. Che il proprio nucleo familiare nell'anno precedente _____ ha percepito un reddito complessivo annuo, (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ derivante da (possono essere barrate più caselle):

- Pensione sociale
- Pensione INPS lavoratori dipendenti
- Pensione di invalidità
- Indennità di accompagnamento
- Indennità di disoccupazione/altro similare
- Indennità di frequenza
- Lavoro dipendente
- Lavoro saltuario
- Lavoro autonomo
- Assegno di mantenimento del coniuge
- Altro (**specificare la tipologia**) _____

6. Che il proprio nucleo familiare alla data odierna gode di un reddito mensile (a qualsiasi titolo percepito) di € _____ derivante da _____

SI ALLEGANO (barrare gli allegati)

- a. Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- b. Attestazione ISEE in corso di validità ;
- c. Eventuale Documentazione ritenuta utile ai fini di comprovare la condizione di disagio per cui si richiede il beneficio (contratto di locazione valido, certificati medici, altro) _____

I sottoscritt_e consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara, ai sensi del DPR 28/12/ 2000, n.445, che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva unica è vero ed è documentabile su richiesta del Comune di Patti ovvero è dalla stessa accertabile.

Dichiara altresì di essere consapevole che i benefici riscossi indebitamente su base di dichiarazione mendace, dovranno essere rimborsati.

Autorizza infine, ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, solo per le procedure necessarie all'istruzione e alla definizione della stessa.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

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 _____