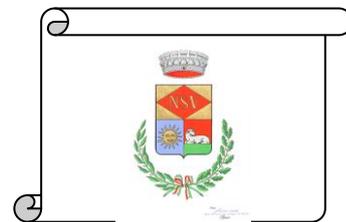


COMUNE DI NUGHEDU SANTA VITTORIA

Provincia di Oristano

Servizio Socio-Assistenziale

Spazio per il protocollo



**AL SIG. SINDACO
VIA DEL PARCO N.1
COMUNE DI
NUGHEDU SANTA VITTORIA**

IL/L_ SOTTOSCRITT _ COGNOME E NOME.....

NATO A IL RESIDENTE A NUGHEDU

SANTA VITTORIA IN VIA N. RECAPITO TELEFONICO

..... CODICE FISCALE

CHIEDE

che venga disposto per se stesso o per la persona di seguito indicata

NOME E COGNOME NATO

A IL

RESIDENTE IN

VIA/P.ZZA N. RECAPITO

TELEFONICO

CODICE FISCALE

l'intervento di:

"ASSEGNO DI CURA"

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- Di essere in possesso della certificazione attestante il riconoscimento della disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n°2 portatori di handicap grave, destinatari di piano personalizzato di sostegno di cui alla legge 162/98;
- Che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare del portatore di handicap non è superiore a 32.000,00 euro (di cui si allega copia).

• **CHE IL NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO**

Cognome e Nome	Rapporto Parentela Stato Civile	Titolo di studio Qualifica	Disoccupato Dal	Occupato Dal	Reddito mensile attuale	Tipologia Reddito (*)
TOTALE REDDITO FAMILIARE ANNO CORRENTE COMPRESSE LE ENTRATE ESENTI IRPEF INDICATE DALLE TIPOLOGIE COMPRESSE NELLE NOTE DAL 3) AL 9)						

(*) **1)** Reddito lavoro dipendente; **2)** Reddito lavoro autonomo; **3)** Reddito pensionistico (comprese pensioni sociali, di invalidità civile, per ciechi civili e sordomuti); **4)** Reddito lavoro precario; **5)** Cassa Integrazione; **6)** Indennità di mobilità; **7)** Indennità di disoccupazione; **8)** Altro.(esempio: Mantenimento coniuge, locazione beni immobili, etc.)

• **CHE I SEGUENTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE SONO STATI RICONOSCIUTI INVALIDI CIVILI**

Cognome e Nome	grado invalidità	Indennità Acompagnamento	Legge 104/ 92
	%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

• **DI SOSTENERE UNA SPESA MEDIA MENSILE PER:**

Farmaci	€	Altro:(specificare)	€
Visite specialistiche	€	Altro:(specificare)	€
Totale	€		

• **ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE IN FOTOCOPIA:** Sbarrare il quadratino interessato

- CERTIFICAZIONE SANITARIA ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92;
- CERTIFICATO ISEE CON REDDITO ANNO PRECEDENTE;
- CARTA D'IDENTITA';
- ALTRO Specificare:.....

Dichiara di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n.196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NUGHEDU SANTA VITTORIA Lì

FIRMA

.....