Amministrazione destinataria

Comune di San Nicolò d'Arcidano

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di partecipazione al programma 'Mi prendo cura'

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

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 concessione del contributo economico inerente al programma "Mi prendo cura"

Soggetto interessato

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o persona a sottoposta a tutela o ad Amministratore di Sostegno

soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

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

- ☑ che le spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e gas, non sono coperte dalle tradizionali misure di sostegno al reddito
- ☑ che gli scontrini fiscali o le ricevute relative alla fornitura di medicinali, ausili e protesi non sono coperti dal sistema sanitario nazionale e dai servizi di assistenza professionale

☑ di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
€		

CHIEDE INOLTRE

che il versamento del contributo avvenga con la seguente modalità

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 (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

☑ documentazione attestante le spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e gas e per la fornitura di medicinali, ausili e protesi e servizi di assistenza professionale

☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

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.

Luogo	Data	il dichiarante
San Nicolò d'Arcidano		