

Al Comune di Gallarate
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: richiesta di intervento socio-assistenziale

Il sottoscritto _____
nato a _____ Provincia di _____ Stato _____
Il _____
residente a _____ (VA) in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
C.F. _____

Chiede

A favore di:

- Sé stesso
- Proprio nucleo familiare
- Della persona _____

Di cui è Legale Rappresentante quale:

- Genitore
- Genitore affidatario (decreto n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Amministratore di sostegno (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Tutore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Curatore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Altro _____

Il seguente servizio:

- Contributo Economico
- Contributo per pagamento Retta di Ricovero
- Televita
- Trasporto
- Intervento Educativo Domiciliare
- Inserimento in U.O. Diurna
- Inserimento in U.O. Residenziale
- Intervento ai sensi della Legge 68/99
- Intervento di progettazione per le disabilità sensoriali finanziato dalla Provincia di Varese
- Altro _____

DICHIARA
Ai sensi dell'art. 46 del Dpr 445/2000

Che il beneficiario dell'intervento è nato a _____ Provincia di _____ Stato _____
Il _____
residente a GALLARATE (VA) in via _____ n. _____
domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____
in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
C.F. _____

- Di cittadinanza ITALIANA
- Di cittadinanza _____

Di stato civile

- Celibe/nubile
- Coniugato/a
- Separato/a di fatto
- Separato/a legalmente
- Divorziato
- Vedovo/a

Che la famiglia è così composta, come da Stato di famiglia del comune di GALLARATE:

| | Nome e Cognome | Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di Parentela col beneficiario | CODICE FISCALE |
|----|----------------|-----------------|------------------|--|----------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Che, oltre alle persone dichiarate nello Stato di Famiglia, sono presenti in Famiglia le seguenti persone:

| | Nome e Cognome | Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di Parentela col beneficiario | CODICE FISCALE |
|---|----------------|-----------------|------------------|--|----------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Titolo di studio

Rispetto al lavoro:

- Occupato
- Non occupato in cerca personale di lavoro
- Disoccupato dal _____
- Studente
- Casalinga/o
- Pensionato in quanto percettore di una o più pensioni:
 - Per effetto di attività lavorativa precedente
 - Per invalidità civile/inabilità lavorativa
 - Titolare di reversibilità
- In altra condizione

Dichiara inoltre:

- Che l'ISEE, rilasciato in data _____ ammonta a € _____
 - Che l'ISEE, CALCOLO DI PRESTAZIONE, rilasciato in data _____ dal CAF _____ sede di _____ ammonta a € _____
 - Che il CUD anno _____ ammonta ad € _____
 - Che il Mod. OBIS M anno _____ ammonta ad € _____
 - Rendita annua inabilità lavorativa INAIL anno _____ ammonta ad € _____/12 rateo mensile € _____
 - Che non fruisce di altro intervento da parte di Ente di Ente Pubblico o del Privato Sociale
 - Che fruisce o intende far domanda per fruire del seguente intervento
-
-
-

- Che vi sono parenti tenuti per legge agli alimenti ai sensi dell'art.433 del Codice Civile (coniuge-figli-genitori-genero-nuora-suocero/a-fratelli-sorelle _____)
- Che non vi sono parenti tenuti agli alimenti

DICHIARA, inoltre, che il beneficiario si trova in condizione di BISOGNO, DISAGIO, SVANTAGGIO

Per il quale si allega:

- Certificato ai sensi della Legge 104/92
- Certificato ai sensi della legge 68/99
- Riconoscimento Inabilità Civile
- Riconoscimento Inabilità Lavorativa INPS
- Riconoscimento Inabilità Lavorativa INAIL
- Altre certificazioni sanitarie _____

Data _____

Firma del richiedente

Documento d'identità _____

- Allegata copia documento

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)**

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (di seguito T.U.) ed in relazione ai dati personali di cui l'ufficio entrerà in possesso, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali è finalizzato esclusivamente alla corretta e completa esecuzione delle attività proprie dell'ufficio, alla erogazione del servizio da lei richiesto, e a fini contabili e statistici;
2. Il trattamento dei dati personali può consistere nelle operazioni indicate all'art.4 c.1 lett.A) del T.U. (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati). Le operazioni possono essere svolte con supporto cartaceo e attraverso l'organizzazione di archivi automatizzati, anche successivamente al termine della prestazione erogata;
3. Il conferimento dei dati personali e sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività proprie dell'ufficio ed è condizione per l'erogazione del servizio richiesto ai sensi del regolamento comunale;
4. La mancata comunicazione dei dati richiesti, impedisce l'erogazione del servizio richiesto;
5. I dati personali e sensibili possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento, e possono essere comunicati a collaboratori e/o altri soggetti rispetto ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto adempimento dei compiti dell'ufficio (es. ASL e cooperative/enti pattanti, Aziende Ospedaliere, Ufficio di Piano Distrettuale). Nel caso di servizi di erogazione contributi di varia natura, i dati personali sono comunicati agli Istituti di credito per il pagamento e nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente, agli enti, anche privati, concessionari per la riscossione. Nel caso di servizi erogati in appalto, o comunque tramite terzi, i dati personali e sensibili sono altresì comunicati alla Ditta in rapporto di convenzione e/o collaborazione con questo Ente per lo svolgimento del servizio stesso.
6. I dati richiesti non sono soggetti a diffusione.
7. L'art.7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei propri dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati. L'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l'interessato ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
8. Il titolare del trattamento dei dati personali è **COMUNE DI GALLARATE, Via VERDI n.2.**
(inserire nominativo dell'ente)
9. I responsabile del trattamento è il la Dott.ssa Ornella Maria Magnoni in qualità di Dirigente Settore Servizi Sociali