

Città
Via C.A.P.
Telefono utente |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Email@.....

Nazionalità

- ☐ Italiana
- ☐ Comunitaria
- ☐ Extracomunitaria
- ☐ Permesso di soggiorno:
Data inizio permanenza|_|_|_|_| scadenza
- Tipo:
- ☐ Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
- ☐ Protezione

Stato civile

- ☐ Celibe/Nubile
- ☐ Coniugato/a
- ☐ Unioni civile
- ☐ Convivente
- ☐ Separato / Divorziato
- ☐ Vedovo/a

Presenza di assistenza alla persona (caregiving):

- ☐ SI

DICHIARA CHE

l'ISEE socio-sanitario corrente (o ordinario, ove più favorevole) in corso di validità dall'uscita del Bando è di € _____.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- la concessione del beneficio di cui al presente accordo è subordinata alla valutazione a domicilio della situazione abitativa;
- l'ufficio di coordinamento dell'ATS 12, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.12 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI

☐ NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

LUOGO E DATA

FIRMA

Allegati:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di certificazione di invalidità civile;
- Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità.

Regione Marche - Ambito Territoriale Sociale 12

Comuni di: *Falconara M.ma* (Capofila)
Agugliano, Camerata Picena, Chiaravalle,
Monte San Vito, Montemarciano e Polverigi

Ufficio di Ambito: tel 071.9177545-547-548 fax 071.9177326
ambitosociale12@comune.falconara-marittima.an.it