

All'Unità di Valutazione Multidimensionale
Via Gramsci, 561 Sesto Fiorentino

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a _____ Provincia _____ il _____
Residente in _____ via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

☐ a nome proprio
☐ per conto di _____ in qualità di _____
Munito di specifica delega e fotocopia del documento _____
Nato/a _____ Provincia _____ il _____
Residente in _____ via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____
Codice Fiscale _____
La concessione della seguente prestazione assistenziale _____

Inoltre il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000

- ☐ Che la composizione del nucleo familiare del beneficiario è quello risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____
- ☐ Che la composizione del nucleo familiare del beneficiario risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);

Che i redditi non imponibili di cui è titolare per l'anno in corso sono:

(il richiedente dovrà fornire la documentazione relativa ai redditi di cui sotto)

- ☐ Pensione di Guerra
- ☐ Pensione privilegiata ordinaria corrisposta ai militari di leva
- ☐ Pensione erogata dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, sordomuti, invalidi civili
- ☐ Indennità di accompagnamento erogata dal Ministero degli Interni
- ☐ Assegno erogato dal Ministero dell'Interno a ciechi civili, sordomuti, invalidi civili
- ☐ Pensione Sociale
- ☐ Rendita INAIL per invalidità permanente o per morte
- ☐ Borsa di studio
- ☐ Reddito soggetto a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o ad imposta sostitutiva
- ☐ Pensioni Estere

Che è beneficiario per l'anno in corso di:

1. contributi affitti
2. contributi natalità extracomunitari
3. assegno di maternità ai sensi dell'art. 66 legge 448 del 28.12.1998
4. assegno per nucleo familiare con 3 figli minori ai sensi dell'art. 65 legge 448/1998
5. esonero totale o parziale TIA
6. esonero totale o parziale ICI
7. esonero totale o parziale mensa scolastica
8. esonero totale o parziale trasporto scolastico
9. esonero totale o parziale retta asilo nido

(il richiedente dovrà fornire la documentazione relativa ai benefici di cui sopra)

☐ *Familiari non conviventi:*

Nucleo 1

Grado di parentela ¹	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

☐ *Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____;*

¹ Indicare per tutti i familiari il grado di parentela: "G" se genitore, "F" figlio/a, "N" nuora, "GE" genero, "NI" nipote, "CONV" convivente.

- ☐ Che la composizione del nucleo familiare (1) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);

Nucleo 2

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- ☐ Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____;
- ☐ Che la composizione del nucleo familiare (2) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);

Nucleo 3

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- ☐ Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____;
- ☐ Che la composizione del nucleo familiare (3) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);

Nucleo 4

Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza

- ☐ Che la composizione del nucleo familiare è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica rilasciata n. _____ del CAAF/ENTE _____;
- ☐ Che la composizione del nucleo familiare (4) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);
- ☐ Che in caso di accoglimento della domanda la persona di riferimento per il pagamento della prestazione è :

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Residente a _____ via/piazza _____

n. _____ Tel. _____ codice fiscale _____

☐ Che in caso di accoglimento della domanda il titolare della quietanza è:

☐ Se medesimo

☐ Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Residente a _____ via/piazza _____ n. _____

Che con la sottoscrizione della presente intende delegare a riscuotere per suo conto.

Il/la sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente, si impegna a segnalare al destinatario dell'istanza, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71, comma 1, D.P.R 445/2000)

DATA

FIRMA



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

A norma dell'art. 38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- ☐ È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- ☐ È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

Firma leggibile del richiedente

Società della Salute
Zona Fiorentina Nord Ovest
Via Gramsci, 561
50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 0556930205 Fax 0556930223



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

A norma dell'art.38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- ☐ È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- ☐ È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione
