



COMUNE DI FAGNANO OLONA

Provincia di Varese

SETTORE SOCIO-CULTURALE

SERVIZI SOCIALI

P.zza Cavour n. 9 - 21054 FAGNANO OLONA

Tel. 0331616549 - Fax 0331616593

Mail: servizisociali@comune.fagnanoolona.va.it

PEC : protocollo.fagnanoolona@legalmail.it

Al comune di
Fagnano Olona

=====

RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI RIVOLTI ALL'AREA MINORI

Il/la sottoscritto/a (*generalità del richiedente*):

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|----------------------------|--|--|--|--|
| COGNOME | | | | | | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | |
| <i>(sua residenza anagrafica)</i> | | | | | | | | | | | | |
| VIA/PIAZZA | | | | | | N. | | 21054 FAGNANO OLONA | | | | |
| TEL./CELL. | | | | | | MAIL | | | | | | |

genitore di (*generalità del minore*):

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|----------------|--|--|--|
| COGNOME | | | | | | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | |
| che frequenta la scuola | | | | | | | | | | | | |
| NOME DELLA SCUOLA | | | | | | CLASSE | | | SEZIONE | | | |

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di:

- ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI
- INCONTRI PROTETTI
- COMUNITA' EDUCATIVA - residenziale
- APPARTAMENTO EDUCATIVO – diurno
- CENTRI DIURNI PER DISABILI

RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA

Il sottoscritto

CHIEDE

inoltre, di poter beneficiare dell'agevolazione tariffaria per il pagamento del servizio di cui sopra ai sensi di quanto previsto dal Regolamento d'Ambito in materia di servizi socio assistenziali e socio sanitari dei Comuni di Fagnano Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore, Marnate, Solbiate Olona.

A tale scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

DICHIARA

che l'ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) ha un valore di € _____, calcolato sulla base delle informazioni raccolte con la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) Prot. n. _____, rilasciata il _____.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.**

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 dello stesso D.Lgs.

Il sottoscritto è inoltre consapevole che l'Amministrazione comunale ha facoltà, ai sensi delle normative vigenti, di inoltrare al Ministero delle Finanze i nominativi dei componenti dei nuclei familiari dei beneficiari di agevolazioni tariffarie o contributi economici, ai fini di un controllo sostanziale della loro effettiva posizione reddituale e patrimoniale, nonché potrà procedere per via telematica a tutti i controlli che riterrà opportuni relativi al caso.

Data _____

firma _____