



**ALLEGATO 1**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE FINALIZZATO A SOSTENERE I  
RICOVERI DI SOLLIEVO TEMPORANEI PER DISABILI GRAVI ED ANZIANI NON  
AUTOSUFFICIENTI - DGR 740/2013  
ANNO 2014**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il /La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'assegnazione del buono sociale per il ricovero di sollievo presso la seguente unità di offerta \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

Per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tale fine consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- 2) Di possedere un reddito ISEE in corso di validità pari ad € \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata.
- 3) Di essere stato riconosciuto invalido civile al 100%, come da verbale n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ rilasciato dalla competente commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità di \_\_\_\_\_
- 4) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del titolo sociale.



- 5) di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71, e s.m.i. potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni
- 6) che la modalità di erogazione del beneficio economico avviene tramite accredito sul conto corrente numero \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_  
Coordinate bancarie ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi relativi al procedimento di cui all'oggetto.

Luogo, data \_\_\_\_\_

In fede  
Firma del richiedente o di un parente

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- Certificazione ISEE (ai fini IRPEF)
- Certificato di invalidità
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero (da presentarsi per la liquidazione del voucher)