



COMUNE DI NERVIANO
(Città Metropolitana di Milano)

Conferma domanda di partecipazione da parte del Comune al pagamento della retta per l'inserimento di anziani e disabili in strutture residenziali o semi-residenziali per anziani

Il sottoscritto		
Cognome	Nome	Codice fiscale
Luogo di nascita	data di nascita	Cittadinanza
Residente a	Indirizzo e n.ro	
Telefono casa	Telefono cellulare	

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune di Nerviano al pagamento della retta di inserimento per l'anno

<input type="checkbox"/>	per sé stesso	
<input type="checkbox"/>	per il seguente familiare o tutelato	
	in qualità di *	
Cognome	Nome	Codice fiscale
Residente a	Indirizzo e n.ro	
Luogo di nascita	Data di nascita	Cittadinanza

* in qualità di:

curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

Retta di inserimento fissata dalla struttura a ciclo residenziale / diurno			
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	e-mail	pec

sita in		
Comune	Provincia	Indirizzo, n.ro

Valendosi della facoltà prevista dall'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo Decreto e dall'art. 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

ALLEGA

alla presente copia dell'Attestazione ISEE Socio-sanitario ristretto.

A tal proposito dichiara di essere a conoscenza che sui dati richiesti potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445. Nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata potranno essere eseguiti dei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art. 4, comma 2 del D. Lgs. 31/03/1998 n. 109 e dell'art. 6, comma 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 07/05/1999 n. 221. Potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare .

Elenco degli allegati

<input type="checkbox"/>	(Disabili) ISEE socio sanitario ristretto anno
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda
<input type="checkbox"/>	dichiarazione parenti

INFORMATIVA ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679

Dichiaro di aver preso visione in sede di iscrizione al servizio in oggetto dell'informativa sulla privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati) e del D. Lgs. n. 196/2003.

Luogo	data	firma del dichiarante