



Città di Pescara
Settore Politiche per il Cittadino
e Programmazione Sociale

AUTOCERTIFICAZIONE – Allegato 1
Centro Supporto Famiglie con familiari affetti da demenze

Il sottoscritto (cognome e nome)	
Data e luogo nascita	

(eventualmente)

In qualità di	O AMMINISTRATORE di SOSTEGNO O CURATORE O TUTORE O (altro)_____
del sig./ sig.ra	
Data e luogo nascita	

Residente a	PESCARA CAP
Indirizzo	
Stato civile	
recapiti (tel, fax,e-mail)	
REFERENTE (eventuale)	

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi degli art. 46-47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità alle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace (art. 496 del C.P.) tra cui l'interruzione immediata del Servizio, che:

o il **nucleo familiare** è composto da n.____adulti e n.____ minori:

NOMINATIVO	LUOGO di NASCITA	DATA di NASCITA	PARENTELA

- o **Redditi annuali da lavoro** di ogni singolo componente (barrare la fascia di reddito corrispondente):

NOME e COGNOME	Da 0 a 10.000 Euro	Da 10.001 a 20.000 Euro	Da 20.001 a 30.000 Euro	Superiore a 30.001 Euro

- o **Redditi annuali da fabbricato** di ogni singolo componente (barrare la fascia di reddito corrispondente):

NOME e COGNOME	Da 0 a 10.000 Euro	Da 10.001 a 20.000 Euro	Da 20.001 a 30.000 Euro	Superiore a 30.001 Euro

- o **Pensione annuale** di ogni singolo componente (barrare la fascia di reddito corrispondente):

NOME e COGNOME	Da 0 a 10.000 Euro	Da 10.001 a 20.000 Euro	Da 20.001 a 30.000 Euro	Superiore a 30.001 Euro

- o nel nucleo familiare sono presenti persone con riconoscimento **invalidità civile** e **Legge n. 104/92**:

COGNOME e NOME	INVALIDITA' CIVILE		INDENNITA' ACCOMP.			LEGGE n. 104/1992		
	%	Richiesta in corso	SI	NO	Richiesta in corso	SI	NO	Richiesta in corso

- o ai sensi dell'art. 433 C.C., i **parenti tenuti all'obbligo degli alimenti** sono (**coniugi, figli, genitori e fratelli/sorelle**):

NOME e COGNOME	PARENTELA	LUOGO di RESIDENZA

o abita in un **alloggio** : ☐ di proprietà,
☐ in affitto,
☐ di proprietà di Ente Pubblico,
☐ altro _____

o paga mensilmente la somma di € _____

o **(altro)** _____

Pescara,_____

firma

“Il trattamento dei dati personali si svolgerà in conformità alle disposizioni del D. Lgs n° 196 del 30/06/2003. In particolare tali dati verranno trattati esclusivamente ai fini istituzionali dell’Ente, ed eventualmente della Regione Abruzzo, e trasmessi alle realtà del terzo settore per i servizi richiesti o per i servizi di prevenzione. Il titolare del trattamento è il Comune di Pescara nei confronti del quale l’interessato potrà far valere i diritti previsti dall’art. 7 del D. Lgs. N° 196/2003”.

L’Amministrazione comunale si riserva di effettuare o di far effettuare controlli circa la veridicità di quanto dichiarato.

*** Si precisa che tale modulo è finalizzato a rilevare la situazione anagrafica familiare dell’utente, al fine di valutare i seguenti indicatori: rischio sociale elevato; assenza di rete familiare ed amicale; famiglie monogenitoriali; situazione di effettiva precarietà economica; famiglie che stanno sostenendo un carico assistenziale da molto tempo; famiglie che non beneficiano di altri contributi economici finalizzati alle prestazioni di cui si intende fruire, ai sensi dell’art.13 ‘Lista d’attesa’ comma 2, del Regolamento Comunale per l’accesso alle prestazioni sociali.**