





<u>AUTOCERTIFICAZIONE</u> Integrazione retta

Il sottoscritto (cognome e nome)				
Data e luogo nascita				
In qualità di	O AMMINISTRAT	ORE di SOSTEGNO	O CURATORE	
	O TUTORE	O (altro)		
recapiti (tel, fax,e-mail)				
del sig./ sig.ra				
Data e luogo nascita				
Indirizzo di residenza				
recapito telefonico	tel.		_	
	DICHIA	ΔΡΔ		
sotto la propria responsabilità e a responsabilità alle quali può inc beneficiario:	_		•	
□ è inserito/a presso la struttura		di	;	
□ ha fissato la residenza in via presso la struttura a decorrere dal;				
□ non ha percepito altri contributi/ benefici da fondi della Pubblica Amministrazione per la medesima finalità;				
□ ricopre la seguente posizione ris	petto al possesso del	' <u>invalidità civile</u> e d	della Legge 104/'92 :	
	I (INDICARE LA %)	NO	IN CORSO	
INVALIDITA'CIVILE	%			
ACCOMPAGNAMENTO				
LEGGE N. 104/92				





Area "Città Vitale"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Gestione Politiche Sociali

□ percepisce la seguente pensione:	di importo pari ad euro		
☐ ha figli <u>non conviventi</u> (elencare obbligatoriamente	s)·		
Tha fight hom convivents (cicheare obbligatoriamente	٠١٠		
Cognome e nome	Luogo di residenza		
abita in un alloggio: di proprietà, di proprietà di Ente Pubblico, altro paga mensilmente la somma di Euro si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio competente del Comune di Pescara l'ottenimento della indennità di accompagnamento se successivo alla data di presentazione della domanda			
Altre dichiarazioni:			
"Ai sensi del D.LGS. 196/2003 e degli artt. 4 – 5 – 7 de visione dell'informativa sul Trattamento dei Dati Sens Sportello del Segretariato Sociale o sul sito Istituziona	ibili N. 13 del Comune di Pescara, reperibile presso lo		
Data,	Firma		