

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Pescara</p> <p>Ufficio destinatario Servizio politiche sociali - famiglia e disabilità</p>	
---	--	--

## Domanda di accesso al centro di supporto con familiari affetti da demenze

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Domicilio											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato											
<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per la persona di seguito specificata										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
In qualità di (*)											

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

**CHIEDE**

di accedere al Centro Supporto Famiglie con familiari affetti da demenze.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

essere in possesso di attestazione ISEE

Importo ISEE	Valore ISE	Data presentazione DSU
€	€	
Numero protocollo DSU		Data scadenza certificazione

che il soggetto per cui si fa domanda è in possesso di attestazione ISEE

*(da compilare solo se il soggetto affetto da demenza non conviva con il richiedente)*

Importo ISEE	Valore ISE	Data presentazione DSU
€	€	
Numero protocollo DSU		Data scadenza certificazione

### Composizione del nucleo familiare

Numero adulti	Numero minori

1° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro annuale (*)
Reddito annuale da fabbricato (*)		Pensione annuale (*)

2° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro annuale (*)
Reddito annuale da fabbricato (*)		Pensione annuale (*)

3° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro annuale (*)
Reddito annuale da fabbricato (*)		Pensione annuale (*)

4° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro annuale (*)
Reddito annuale da fabbricato (*)		Pensione annuale (*)

<input type="checkbox"/> 5° componente		
Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro annuale (*)
Reddito annuale da fabbricato (*)		Pensione annuale (*)

Reddito da lavoro annuale (\*), Reddito annuale da fabbricato (\*), Pensione annuale (\*): Da 0 a 10.000 €, Da 10.001 € a 20.000 €, Da 20.001 € a 30.000 €, Superiore a 30.001 €

**Nel nucleo familiare sono presenti persone con invalidità civile e Legge 05/02/1992, n. 104**

<input type="checkbox"/> 1° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

<input type="checkbox"/> 2° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

<input type="checkbox"/> 3° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

<input type="checkbox"/> 4° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

**Abita in**

Alloggio	
<input type="radio"/>	proprietà
<input type="radio"/>	proprietà (mutuo)
<input type="radio"/>	in affitto
<input type="radio"/>	di proprietà di ente pubblico
<input type="radio"/>	altro (specificare)

**Paga mensilmente la somma di**

Canone mensile
€

## DICHIARAALTRESÌ

### Ulteriori dichiarazioni

### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	copia certificazione di demenza di grado lieve-moderato rilasciato dalla ASL competente
<input type="checkbox"/>	copia sentenza del Tribunale (in caso di ricorso)
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Pescara		
Luogo	Data	Il dichiarante