





## <u>AUTOCERTIFICAZIONE</u> Integrazione retta

Il sottoscritto (cognome e nome)				
Data e luogo nascita				
In qualità di	O AMMINISTRATO	RE 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.			
DICHIARA				
responsabilità alle quali può incorbeneficiario:				
□ ha fissato la <b>residenza</b> in viapresso la <b>struttura</b>				
a decorrere dal;				
□ non ha percepito altri contributi/ benefici da fondi della Pubblica Amministrazione per la medesima finalità;				
□ ricopre la seguente posizione rispetto al possesso dell' <u>invalidità civile</u> e della <u>Legge 104/'92</u> :				
SI	(INDICARE LA %)	NO	IN CORSO	
INVALIDITA'CIVILE _	%			
ACCOMPAGNAMENTO				





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 <u>obbligatoriamente</u>	<u>a</u> ):
Cognome e nome	Luogo di residenza
	1
□ abita in un <b>alloggio</b> : ☐ di proprietà, ☐ di proprietà di Er	in affitto, nte Pubblico, altro
□ paga mensilmente la somma di Euro	
☐ <u>si impegna a comunicare tempestivamente all'Uff</u>	ficio competente del Comune di Pescara l'ottenimento
della indennità di accompagnamento se successivo a	ılla 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