

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOMANDA PER CONTRIBUTO AL COMUNE DA PARTE DEI TENUTI AGLI ALIMENTI

Il/I sottoscritto/i :

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	TELEFONO

in qualità di tenuti agli alimenti di \_\_\_\_\_

Dichiara/ano, consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamato dall' art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445”;

- 1) di non essere in grado di far fronte al pagamento dell'intera quota della retta sociale e di richiedere al Comune di.....un contributo per il pagamento della retta stessa e di essere in possesso della seguente situazione economica individuata tramite ISEE.

Cognome e nome \_\_\_\_\_ ISEE € \_\_\_\_\_ del \_\_ / \_\_ / \_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ ISEE € \_\_\_\_\_ del \_\_ / \_\_ / \_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ ISEE € \_\_\_\_\_ del \_\_ / \_\_ / \_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ ISEE € \_\_\_\_\_ del \_\_ / \_\_ / \_\_

- 2) di sostenere le seguenti spese per l'assistenza al proprio congiunto:

Spesa sostenuta €.	Motivo

Il/I sottoscritto/i Chiede/ono al Comune di.....di definire l'entità del Contributo che verrà corrisposto direttamente alla RSA da parte del Comune stesso. Per il resto s'impegnano a pagare la propria quota.

Data

FIRMA<sup>1</sup>

---

---

---

---

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.L.vo N. 196/2003**

1. i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
2. il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei che con mezzi informatici in dotazione a questo ente;
3. i dati non verranno di regola comunicati a terzi salvo i casi di richieste da parte di persone interessate che ne abbiano diritto ai sensi della Legge n. 241/90 e salvo richieste da parte di amministrazioni pubbliche che ne abbiano diritto in base a norme di legge o regolamento;
4. il conferimento dei dati è obbligatorio;
5. il responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_
6. Chi ne ha interesse può in ogni momento esercitare il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come con le modalità e i termini previsti dall'art. 7, rivolgendosi all'Ufficio Servizi Sociali della ASL 10 Zona Mugello.

---

<sup>1</sup> La domanda è sottoscritta dall' interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, art. 38, comma 3);