

DICHIARA inoltre

- Di essere a conoscenza che con Deliberazione della Giunta Comunale n. 167 del 21.10.2009 è stato approvato e successivamente sottoscritto un Protocollo d'Intesa con la Guardia di Finanza di Padova per effettuare controlli in merito alle dichiarazioni dei redditi percepiti da persone e/o nucleo familiare beneficiari di prestazioni sociali agevolate.
- Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della decadenza dai benefici concessi qualora da controlli effettuati dovesse emergere la non veridicità delle dichiarazioni sottoscritte con la presente (art. 75 DPR 445/2000).

Data ____/____/____

il/la richiedente

- Annotazione estremi documento di identità _____
- Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____
- Allegata copia del documento di identità _____
- La domanda è stata spedita unitamente a copia fotostatica di documento di identità valido del/la richiedente.

IL FUNZIONARIO

Da compilarsi a cura del Settore Servizi alla Persona – Ufficio Servizi Sociali

- Visto il certificato medico allegato, si richiede l'attivazione con procedura di urgenza** (Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità).

Campi obbligatori:

- Il Comune di Selvazzano Dentro ha deliberato la partecipazione dell'utenza al costo del servizio. Pertanto, vista la documentazione relativa all'ISEE familiare, il servizio sarà:
 - gratuito;
 - a pagamento per il 25.%
 - a pagamento per il 50%
 - a pagamento per il 75%
 - a pagamento per il 100%
 - ISEE NON PRESENTATO: pagamento 100%

(indicare orientativamente il livello di)

AUTOSUFFICIENZA TOTALE PARZIALE NULLA NON DEFINITA

Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- Affermazioni del richiedente
- Affermazioni di parenti/conoscenti
- Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

altre informazioni utili per l'efficace svolgimento del servizio di telesoccorso e telecontrollo:

Il Responsabile del Servizio Sociale _____