



# Comune di Albaredo d'Adige

- Provincia di Verona -

Al Sig. SINDACO  
del Comune di

## ALBAREDO D'ADIGE

### **INTEVENTI SPERIMENTALI PER IL "SOLLIEVO" A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO PERSONE CON DISABILITA' O ADULTI E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2010**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

in qualità di persona di riferimento del Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Cod. sanitario \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

L'accesso al contributo previsto dal D.G.R. n. 3960 del 31 dicembre 2001 e successivi relativo all'anno 2010.

Il nucleo di convivenza del Sig. \_\_\_\_\_ è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE

## **DICHIARA**

Che il reddito annuale ISEE (Redditi 2008) del nucleo familiare di stabile convivenza è di € \_\_\_\_\_

**Il soggetto non autosufficiente è:** (barrare e completare le caselle interessate)

- in possesso del certificato d'invalidità civile rilasciato dalla Commissione Sanitaria;
- in possesso del certificato del Medico curante Dott. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ attestante la condizione di non autosufficienza;
- in possesso del certificato ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 3;

Foglio 1

**AREA TRIBUTI-COMMERCIO-CULTURA-SOCIALE**

**Settore Servizi alla Persona**

Palazzo Municipale – Piazza Vittorio Emanuele, 1° - 37041 Albaredo d'Adige (VR)

tel. 045/6608070 (Uff. Amm.vi) – tel 045/6608048-49 (Ass. Sociali) - fax (Comune) 045/7000956 – Biblioteca 045.66000251

sito: [www.comune.albaredodadige.vr.it](http://www.comune.albaredodadige.vr.it)

e-mail: [brizzolari\\_benvenuto@comune.albaredodadige.vr.it](mailto:brizzolari_benvenuto@comune.albaredodadige.vr.it) – PEC: [servizi\\_sociali.albaredodadige@stpec.it](mailto:servizi_sociali.albaredodadige@stpec.it)

C.F./P.IVA 00264700238

Il sottoscritto è a conoscenza che l'eventuale contributo è corrisposto mediante assegno.

Il sottoscritto a conoscenza delle conseguenze civili e penali che gli derivano dalla omissione, si impegna a comunicare, entro 15 giorni, all'Ente al quale rilascia la presente autocertificazione, qualunque variazione intervenga sia per quanto concerne l'assistenza in casa della/e persona/e non autosufficiente/i (decesso, ricovero in struttura residenziale, ecc) che relativa all'assistente familiare (licenziamento, variazione orario, ecc).

Il sottoscritto dichiara infine di possedere tutti i requisiti di partecipazione al bando.

In relazione ai dati forniti relativi al sottoscritto ed ai famigliari interessati, acconsento all'uso dei dati personali di cui sopra nell'ambito dell'istruttoria della domanda per il riconoscimento del contributo di cui alla D.G.R. n. 3960 del 31/12/2001, dichiarando di aver avuto in particolare conoscenza che alcuni dati rientrano nel novero di quelli "sensibili" di cui all'art. 22 della L. 575/96.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

- Allegati:
- Mod. ISEE (Redditi 2008)
  - Certificazione di non autosufficienza
  - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con documentazione spese

Foglio2

---

**AREA TRIBUTI-COMMERCIO-CULTURA-SOCIALE**

**Settore Servizi alla Persona**

Palazzo Municipale – Piazza Vittorio Emanuele, 1° - 37041 Albaredo d'Adige (VR)

tel. 045/6608070 (Uff. Amm.vi) – tel 045/6608048-49 (Ass. Sociali) - fax (Comune) 045/7000956 – Biblioteca 045.66000251

sito: [www.comune.albaredodadige.vr.it](http://www.comune.albaredodadige.vr.it)

e-mail: [brizzolari\\_benvenuto@comune.albaredodadige.vr.it](mailto:brizzolari_benvenuto@comune.albaredodadige.vr.it) – PEC: [servizi\\_sociali.albaredodadige@stpec.it](mailto:servizi_sociali.albaredodadige@stpec.it)

C.F./P.IVA 00264700238