



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA ECONOMICA Al Servizio Sociale  
-----

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ PER RICHIESTE  
DI ASSISTENZA

(Art. 47 del D. P. R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari  
in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D. P. R. n°445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità

**Dichiaro**

- di essere nato /a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
identificato con documento \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ avanti a \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_

- di essere: separato/a  - divorziato/a



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

- che la mia famiglia convivente si compone di:

<b>COGNOME NOME - CODICE FISCALE</b>	<b>LUOGO DI NA- SCITA</b>	<b>DATA DI NASCI- TA</b>	<b>GRADO DI PA- RENTELA</b>

- di svolgere la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_

con le seguenti mansioni \_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

- che la natura dei redditi mensili per **ciascun** componente il nucleo familiare è la seguente:

COGNOME E NOME	LAVORO DIPENDENTE	LAVORO AUTONOMO	PENSIONI (categoria)	ALTRO REDDITO

- di essere:  disoccupato/a - casalinga/o

di aver contratto mutui/prestiti (specificare motivo e importo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di avere una spesa mensile per canone di locazione di € \_\_\_\_\_

(specificare se trattasi di appartamento ACER o privato) \_\_\_\_\_

di avere una spesa annua per spese condominiali annuali di € \_\_\_\_\_

di possedere casa/appartamento in proprietà

\_\_\_\_\_



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

di aver ottenuto i seguenti contributi economici:

---

---

---

Eventuali altre dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000

---

---

---

allegati:

---

PRENDO ATTO:

- che le informazioni, i dati e le documentazioni rese o che saranno richieste, sono necessarie ed obbligatorie al fine di procedere alla valutazione del caso e che, in mancanza, non si potrà procedere alla medesima valutazione.
- che qualora non fosse possibile acquisire, dagli uffici competenti, la documentazione necessaria alla effettuazione dei controlli, potrà essere richiesto di esibire la relativa documentazione.

data \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:** ai sensi dell'art. 38 D. P. R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata, assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

AL SERVIZIO SOCIALE

AL DIRIGENTE

del Servizio Sociale

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

CHIEDO

---

---

---

Ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 si seguito GDPR “l’Unione Tresinaro Secchia in qualità di Titolare del trattamento e’ in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per le finalità istituzionali indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli art. 15 e ss contattando il Titolare o il Responsabile all’indirizzo mail [privacy@tresinarosecchia.it](mailto:privacy@tresinarosecchia.it) oppure recandosi all’ufficio protocollo

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell’art.37 del GDPR è disponibile scrivendo a [dpo@tresinarosecchia.it](mailto:dpo@tresinarosecchia.it), oppure nella sezione privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente .. L’informativa completa può essere richiesta scrivendo a [privacy@tresinarosecchia.it](mailto:privacy@tresinarosecchia.it) oppure visionata nella sezione privacy del sito dell’ente

Firma \_\_\_\_\_

In caso di accoglimento della richiesta, autorizzo fin da ora il Servizio Sociale ad erogare il contributo attraverso quietanza diretta a

---

---

Firma \_\_\_\_\_

intervento economico richiesto per:



SERVIZIO SOCIALE UNIFICATO – IV SETTORE

SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

Polo di \_\_\_\_\_

---

---

---

DATI PER LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI

riscuote \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

MODALITÀ di pagamento  assegno -  conto corrente -  ritira assistente sociale

specificare BANCA \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**firma Ass. Sociale** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_