

3.1. Che l'I.S.E. di riferimento del nucleo familiare, riferito ai redditi dell'anno 200__ è:

ISE NUCLEO FAMILIARE	Scala equivalenza	ISEE

3.2. Che il nucleo familiare del richiedente ha percepito nel medesimo anno di riferimento della certificazione ISEE, i seguenti ulteriori proventi (se esiste condizione di non autosufficienza certificata, indicare solo i proventi dell'assistito):

Pensione/assegno sociale	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Indennità accompagnamento	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Rendita vitalizia INAIL, pensioni di guerra e indennità corrisposte ai ciechi, sordomuti ed invalidi civili	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Assegni percepiti dal coniuge per mantenimento dei figli	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Contributi pubblici (comunali, provinciali, regionali, statali...)	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Pensione estera non conteggiata nell'IRPEF	SI	NO	Se SI pari a valore annuo € I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I
Totale			I _ I _ I _ I _ I _ I, _ I _ I

Persona di riferimento
Cognome e nome _____ relazione _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ Cap. _____ telefono _____ cell. _____

Dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sono stato avvertito e sono consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare.

Autorizza codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse. L'Ente può effettuare eventuali controlli anche presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.

Allega alla presente la seguente documentazione relativa ai componenti del nucleo familiare:

- Attestazione e dichiarazione I.S.E.E. (Indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità;
- Eventuale documentazione attestante le entrate dichiarate nella tabella del punto 3.2);
- Copia di certificazioni di invalidità;
- Certificato relativo alla presenza di allergie alimentari o la necessità di diete particolari;
- Eventuali altri documenti comprovanti la situazione di bisogno e/o ritenuti idonei al fine di esprimere una valutazione sulla reale ed effettiva necessità di un intervento sociale: _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Regolamento UE 679/16)

In ottemperanza agli adempimenti richiesti dagli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati personali le comunichiamo le modalità di raccolta ed utilizzo dei dati

1. **Finalità della raccolta dati.** I dati personali, comuni e dove richiesti "particolari", sono raccolti **per la gestione organizzativa, amministrativa del servizio socio assistenziale da lei richiesto.** Sono inseriti nel nostro sistema informativo e vengono trattati da personale autorizzato. Il loro trattamento è legittimo e verrà fatto in modo trasparente e responsabile.
2. **Obbligatorietà e trattamenti previsti.** Il conferimento dei suoi dati personali è **obbligatorio.** Una sua eventuale rinuncia al conferimento dei dati, renderebbe impossibile la gestione delle procedure organizzative, amministrative e fiscali del servizio da lei richiesto.
3. **Soggetti a cui verranno comunicati i dati.** I suoi dati personali **non saranno da noi diffusi;** potranno essere comunicati ad eventuali enti pubblici, come *strutture sanitarie*, solo qualora vi siano degli obblighi di legge, *od alle organizzazioni che collaborano con noi nella realizzazione del servizio richiesto.*
4. **Periodo di conservazione, diffusione extra-UE.** I suoi dati verranno conservati per il periodo richiesto per l'erogazione del servizio ed in ogni caso non superiore a 5 anni. I suoi dati non verranno diffusi in paesi extra-Unione Europea.

Diritti della persona che conferisce i dati. Nella gestione dei suoi dati personali si terrà conto dei suoi diritti (articoli da 15 a 22 del Regolamento 2016/679), e cioè il diritto all'accesso, alla rettifica ed alla cancellazione (diritto all'oblio), alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento, il diritto di proporre un reclamo al Garante Privacy. Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al titolare del trattamento, utilizzando i recapiti sotto-riportati.

Titolare del trattamento e suoi recapiti. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di San Fior Piazza G. Marconi n. 2 31020 – San Fior (TV); Telefono 0438-2665; E-mail: protocollo@comune.san-fior.tv.it

Consenso per maggiorenni: Il sottoscritto _____ esprime il proprio consenso per il trattamento dei propri dati personali e della persona per la quale si è presentata la domanda per le finalità soprariportate.

Luogo e data: _____

Firma _____

Se il richiedente è impossibilitato ad esprimere il bisogno:

La sua estesa domanda e dichiarazione è stata resa dal sottoscritto in qualità di _____, **in nome e per conto** del richiedente impossibilitato ad esprimere il bisogno, avendone ottenuto il consenso informato.

Cognome e Nome _____ nato il ___/___/___ a

_____ Residente a _____ in Via

_____ n. _____ Prov. _____ Telefono _____

San Fior, ___/___/___

Firma

Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Allegata copia del documento di identità _____

IL Funzionario

(firma leggibile)