Al Comune di Udine
Servizio Servizi per la salute e il benessere sociale
Via Lionello, 1 - 33100 UDINE

OGGETTO: contributo economico finalizzato al sostegno della qualità della vita delle persone disabili – COMUNICAZIONE permanenza requisiti

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ cap._____ prov. _____

in via _____ n. _____ tel _____

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , cittadinanza: _____

indirizzo di posta elettronica: _____,

☐ interessato maggiorenne richiedente la prestazione (anche se non firmatario)

ovvero:

☐ esercente la patria potestà del **minore** sottoindicato:

nome e cognome: _____

nato/a a_____ il _____

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , cittadinanza: _____

C O M U N I C A / D I C H I A R A

relativamente all'erogazione del contributo economico finalizzato al sostegno della qualità della vita delle persone disabili, in conformità alla Deliberazione di Giunta Comunale n. 109 dell'11/03/2008, per il quale era già stato autorizzato con determinazione dirigenziale n._____ del _____:

1) di essere in possesso della certificazione di cui alla Legge 104/92, in corso di validità, e rilasciata in data _____, ai sensi dell':

   ☐ art. 3 comma 3 (disabile grave)

   ☐ art. 3 comma 1

2) di essere in possesso dell'attestazione I.S.E.E. “Prestazioni Socio Sanitarie” rilasciata in data _____, con indicatore I.S.E.E. pari ad € _____;

3) di non beneficiare di altri contributi economici finalizzati all’intervento richiesto;

4) di aver condiviso ed accettato i contenuti del piano assistenziale per l'utilizzo del contributo economico a favore di disabli, indispensabile per la continuità dell'erogazione del contributo per cui è stato già autorizzato, predisposto dall'Assistente Sociale Dott./Dott.ssa _____ in data _____;

5) di impegnarsi a far pervenire agli uffici del Servizio Servizi Sociali del Comune di Udine, Viale Duodo 77, gli **originali** delle ricevute/fatture fiscali comprovanti la spesa sostenuta per la realizzazione del progetto di cui sopra, **entro l'anno di riferimento o al più tardi entro il mese di gennaio dell'anno successivo.**

MODALITA' DI PAGAMENTO RICHIESTA:

☐ (possibile per un contributo di importo pari o inferiore ad € 999,99): **riscossione diretta** presso la tesoreria comunale (sportelli Unicredit banca) previo avviso verbale del Comune (e' consentito alla persona maggiorenne delegare, con atto e firma autenticata davanti a pubblico ufficiale, un familiare alla riscossone del contributo)

☐ (obbligatorio per un contributo di importo pari o superiore ad € 1.000,00): **accredito su c/c** bancario o postale (non libretto) intestato o cointestato a proprio nome, le cui **coordinate IBAN** sono:

I	T																									

Dati firmatario se diverso dall'intestatario del contributo:

☐ **Amministratore di Sostegno**

☐ **Tutore**

Nome _____Cognome_____domiciliato a _____

in Via _____, tel. _____, e-mail: _____

ALLEGATI:

- ❑ Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente e dell'eventuale tutore/amministratore di sostegno
- ❑ Eventuale copia dell'Atto di nomina a Tutore/Amministratore di sostegno
- ❑ Se extracomunitario: copia del permesso di soggiorno in corso di validità del richiedente e dell'eventuale minore
- ❑ Se non già allegata a precedenti istanze: copia della certificazione in corso di validità rilasciata ai sensi della Legge 104/92 (*modello con **omissione** dati sensibili)*
- ❑ _____

Data _____

Firma _____

***oppure* Firma dell' Amministratore di Sostegno/Tutore**_____