



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

AL CONSORZIO VALLE DEL TEVERE

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Comune di _____

Ai fini dell'attestazione dei requisiti e delle condizioni stabilite dal vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni S.A.D. e S.E.D.T erogati dal Consorzio Valle del Tevere – Distretto Socio-sanitario Roma 4.4. ai 17 Comuni afferenti al Consorzio, approvato con deliberazione del CdA n°15 del 22.02.2023; approvato con deliberazione dell'Assemblea n°14 del 22.02.2023, per usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare alla Persona.

Il/La sottoscritt_ (Cognome)	(Nome)		
Nat_ a	il	Residente a	
Via/Piazza	n.	tipo di documento	n.
Rilasciato da	il	codice fiscale	
Nazionalità	tel.	E-mail	

CHIEDE: SAD SEDT

Per se medesimo

Oppure, in qualità di Genitore/Figlio/Tutore/Coniuge/altro (specificare) _____, per

Cognome	Nome	
Nato/a	il	c.f.
Residente	via	tel.

Cognome	Nome	
Nato/a	il	c.f.
Residente	via	tel.

Cognome	Nome	
Nato/a	il	c.f.
Residente	via	tel.

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 – *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,



COMUNI DI

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno n° _____, rilasciato in data _____ dal Questore di _____ valido fino al _____, oppure carta di soggiorno n° _____, rilasciata il _____ dal Questore di _____,

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME	NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPP. DI PARENTELA
1				Richiedente
2				
3				
4				
5				

SI IMPEGNA

a pagare la percentuale di contribuzione nella misura stabilita all'art. 17 del vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni S.A.D. e S.E.D.T erogati dal Consorzio Valle del Tevere – Distretto Socio-sanitario Roma 4.4, approvato con deliberazione del CdA n°15 del 22.02.2023; approvato con deliberazione dell'Assemblea n°14 del 22.02.2023;

È A CONOSCENZA CHE

in caso di omesso pagamento del contributo di cui al punto innanzi, verrà erogata esclusivamente la quota parte del monte ore assegnato ed erogato dal Consorzio

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO, nonché:

- ✓ di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nel vigente regolamento per la realizzazione di interventi e prestazioni S.A.D. e S.E.D.T erogati dal Consorzio Valle del Tevere – Distretto Socio-sanitario Roma 4.4, approvato con deliberazione del CdA n°15 del 22.02.2023; approvato con deliberazione dell'Assemblea n°14 del 22.02.2023, a tutti i fini dello stesso, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Consorzio ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- ✓ di essere a conoscenza che dovrà presentare obbligatoriamente e per ogni anno di prestazione del servizio, pena la decadenza delle agevolazioni di pagamento, la dichiarazione ISEE aggiornata;
- ✓ di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- ✓ di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n° 109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- ✓ di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, autorizza il Consorzio a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e **si impegna** inoltre a comunicare al Servizio socio-assistenziale del Comune di appartenenza ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Si allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente (se persona diversa dal beneficiario);
- certificati del medico curante, che attesti la/le patologia/e della persona;
- eventuale autodichiarazione della certificazione attestante invalidità;
- eventuale autodichiarazione della certificazione attestante Legge 104/92;
- autodichiarazione relativa al valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare e/o personale (per coloro, solo maggiorenni, titolari di indennità di accompagnamento e/o riconosciuti disabili ai sensi della Legge 104/92).

DATA, _____

FIRMA