



CITTÀ DI  
ARZIGNANO

Al Sig. SINDACO del  
Comune di Arzignano

**MODULO DI DOMANDA DI INTERVENTO SOCIO-ECONOMICO**  
(Regolamento per l'accesso e l'erogazione degli interventi socio-economici" DCC n. 97/2015)

Il sottoscritto: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

sesto  M  F

cittadinanza \_\_\_\_\_

seconda cittadinanza \_\_\_\_\_

residente ad ARZIGNANO in Via \_\_\_\_\_ al civico n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**A conoscenza:**

- Che la persona e/o il nucleo familiare che si trovano in stato di bisogno e non sono in grado di provvedere al proprio mantenimento, possono chiedere **gli alimenti** ai propri **familiari** obbligati a prestarli ai sensi **dell'art. 433 del Codice Civile;**
- Che gli interventi socio-economici sono normati dal **"Regolamento per l'accesso e l'erogazione degli interventi socio-economici"** di cui alla DCC n. 97 del 17.12.2015.
- Che il servizio Sociale Comunale potrà contattare i parenti tenuti agli alimenti e ad accertare le loro capacità in ordine al mantenimento e/o partecipazione all'eventuale programma di sostegno socio-economico;
- Che qualsiasi modificazione della condizione socio-economica del richiedente l'intervento socio-economico dovrà essere tempestivamente comunicata all'Ufficio servizi Sociali del Comune;
- Che il Servizio Sociale può effettuare, anche tramite altri Enti, Uffici e Servizi, la verifica sulle informazioni fornite dagli interessati agli interventi socio-economici relative alla situazione socio-economica del nucleo familiare, nonché quelli previsti dall'art. 11 del DPCM 159/2013, come disposto dall'art. 18 del Regolamento Comunale approvato con DCC 97/2015.
- Che l'eventuale contributo verrà concesso con apposito provvedimento dirigenziale e che il relativo avviso di pagamento verrà emesso ed inviato a domicilio dal servizio economico finanziario comunale;

**Informativa sul trattamento dei dati**

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Arzignano, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che:

1. i suoi dati personali, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali, e saranno trattati, utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici, al solo fine di permettere l'attivazione dei procedimenti amministrativi, l'erogazione di servizi o la prosecuzione di rapporti in essere con il Comune.
2. Lei potrà avvalersi dei diritti previsti dal Regolamento sul trattamento dei dati specificati nell'informativa completa disponibile presso gli sportelli degli uffici o sul sito internet del comune all'indirizzo: [www.comune.arzignano.vi.it](http://www.comune.arzignano.vi.it)

**Titolare del Trattamento**

Il Titolare del trattamento è Il Comune di Arzignano con sede in Piazza Libertà 12, tel. 0444/476515 fax: 0444/476513 P.E.C: [arzignano.vi@cert.ip-veneto.net](mailto:arzignano.vi@cert.ip-veneto.net) nella persona del suo Rappresentante legale pro tempore il Sindaco.

Ai sensi degli artt. 46-47 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti dalle attestazioni false o incomplete, lo stesso Sig. \_\_\_\_\_ o, ai sensi dell'art. 4 del T.U. D.P.R. n. 445/2000, **in caso di impedimento temporaneo** il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_ in qualità di  Familiare: (specificare) \_\_\_\_\_  Tutore  Amministratore di Sostegno  Referente (specificare) \_\_\_\_\_.

Codice fiscale n. |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

### CHIEDE

(Compilare e barrare le caselle)

un intervento socio-economico continuativo (art. 7)  per servizi essenziali (A1.04)  alloggio (A1.05)

un intervento socio-economico straordinario (art. 8)  per servizi essenziali (A1.04)  alloggio (A1.05)

un intervento socio-economico straordinario finalizzato (art. 9):

a) per emergenza abitativa (A1.05) \_\_\_\_\_

b) per spese  stagionali (A1.04)  socio-sanitarie (A1.10)

c) per attività motorie dei disabili (A1.21) \_\_\_\_\_

d) per spese funebri (A1.21) relative al Sig. \_\_\_\_\_

un intervento socio-economico occasionale di pronto cassa (art. 10) (A1.04) \_\_\_\_\_

un intervento del Fondo Sociale Alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (art. 11) (A1.05)

un intervento socio-economico per inserimento in struttura (art. 13)

residenziale (A1.14)  semi-residenziale (A1.13)

presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

con retta giornaliera di € \_\_\_\_\_

Si allega scheda SVAMA del \_\_\_\_\_ e verbale di invalidità civile o riconoscimento di handicap del \_\_\_\_\_

un intervento a tutela dei minori (art. 14) (A1.04) \_\_\_\_\_

un intervento relativo al progetto RIA (D.G. 91/2018) \_\_\_\_\_

### DICHIARA

1. che il valore del proprio ISEE in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_  
 Tipologia \_\_\_\_\_ valore scala equivalenza \_\_\_\_\_ ID DSU \_\_\_\_\_  
 data DSU \_\_\_\_\_

2. che il proprio nucleo familiare:

è composto dai medesimi soggetti componenti la famiglia anagrafica;

è composto dalle seguenti persone effettivamente conviventi (oltre il richiedente) così come segue:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA (Comune, Via, N. civico)	RELAZIONE DI PARENTELA

3. che il richiedente e i componenti del proprio nucleo familiare:

possiedono / percepiscono le seguenti **altre risorse** non rilevabili dalla certificazione ISEE (art. 5 – punto 6- lettere a)- b)- e):

sostengono le seguenti **altre spese** non rilevabili dalla certificazione ISEE (art. 5 – punto 6- lettere c)- d):



10.  che non sussistono  che sussistono situazioni di conflitto di interesse determinate da relazione di parentela e/o affinità tra i soggetti beneficiari e il Dirigente e il personale del competente Ufficio (Indicare Nominativo .....).

---

**IL RICHIEDENTE - DICHIARANTE**

(Firma) \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000 la firma non va autenticata.

L'identità del richiedente-dichiarante è stata accertata mediante:

conoscenza diretta;

**IL PERSONALE ADDETTO**

Arzignano, li \_\_\_\_\_

Oppure:

allega fotocopia non autenticata del seguente documento d'identità in corso di validità: \_\_\_\_\_

**N.B.:** Nel caso in cui l'eventuale **riscossione del contributo** economico venga effettuata **da persona diversa dal beneficiario del contributo**, la firma deve essere **autenticata** dal Funzionario Incaricato.

Ai sensi dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, attesto che il dichiarante \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_

previa ammonizione – ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha resa e sottoscritta in mia presenza la su estesa dichiarazione

**IL DICHIARANTE**

**IL FUNZIONARIO INCARICATO**

Arzignano, li \_\_\_\_\_

*Esente dall'imposta di bollo (D.P.R. 26/10/72 n° 642 - art. 8)*

**Ufficio: - Servizi Sociali**  
**Piazza Libertà, 12 -36071 Arzignano, VI**

Tel. 0444 476509 – fax 0444 476513

Email: [servizi-sociali@comune.arzignano.vi.it](mailto:servizi-sociali@comune.arzignano.vi.it)

PEC: [arzignano.vi@cert.ip-veneto.net](mailto:arzignano.vi@cert.ip-veneto.net)

orari: lunedì, martedì ,giovedì 08,30 – 12,30  
mercoledì 15,00 – 17,30  
venerdì 10,00 – 12,30