

Prot. n.

**Ill.mo Signor SINDACO
Comune di Macerata
Ufficio Servizi alla Persona**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a Macerata, Via _____ n° _____

Tel. n° _____ Codice fiscale _____

che ha come medico curante il Dott. _____ tel. _____

CHIEDE

- SAD
- Affidamento di Supporto o Convivenza
- Telesoccorso
- Sussidio Mensile
- Contributo straordinario
- Altro _____

per i seguenti motivi _____

Il sottoscritto delega codesto Ufficio ad adempiere direttamente a _____

Il/La sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del D.lgs n. 109/1998, e comma 3, del D.P.C.M. n. 221 del 7 maggio 1999, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze.

Macerata, li _____

Firma _____

Informativa sulla privacy (D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003)

L'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, informa che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

Firma _____

NOTE (riservato all'ufficio) : _____
