



## MAGNIFICA COMUNITÀ DEGLI ALTIPIANI CIMBRI

Fraz. Gionghi n. 107 - 38046 LAVARONE 0464/784170 - 0464 780899

C.F. 96085530226 - P.IVA 02221320225

Alla  
Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri  
Servizio Socio-Assistenziale

### DOMANDA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### **CHIEDE DI POTER FRUIRE DEGLI INTERVENTI SOTTOINDICATI:**

**ESENZIONE TICKET**

Rilascio dell'attestazione dei requisiti per la fruizione gratuita di prestazioni soggette a ticket sanitario fornite da strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate quali: farmacie, case di cura, ospedali classificati e laboratori operanti nel territorio provinciale a favore di:

**SE ' STESSO**

**FAMILIARI A CARICO** \_\_\_\_\_

**COMPONENTI IL NUCLEO DI CONVIVENZA DI TIPO FAMILIARE:** \_\_\_\_\_

**SUSSIDIO ECONOMICO STRAORDINARIO UNA TANTUM:**

**CONSUMO DI N. \_\_\_\_\_ PASTI GIORNALIERI**

**PAGAMENTO DIRETTO DA PARTE DELLA COMUNITÀ DI BOLLETTE E AFFITTO:** \_\_\_\_\_

**BUONO VIVERI PRESSO** \_\_\_\_\_

**DELEGA ALL'INCASSO COME DA MODULO ALLEGATO** \_\_\_\_\_

## DELEGA DI RISCOSSIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### D E L E G A

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

CODICE PAESE	CODICE CONTROLLO (2 cifre)	CIN ( 1 lettera)	ABI	CAB	NUMERO CONTO
IT					

La Ditta / l'Ente \_\_\_\_\_  
Ubicata/o in \_\_\_\_\_

CODICE PAESE	CODICE CONTROLLO (2 cifre)	CIN ( 1 lettera)	ABI	CAB	NUMERO CONTO
IT					

a riscuotere il **Sussidio Economico Straordinario di € \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto dichiara che la presente delega conserva la propria efficacia sino a quando non sarà revocata.

\_\_\_\_\_ FIRMA

Il sottoscritto dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza di dover comunicare ogni variazione relativa ai requisiti che danno titolo all'intervento richiesto e comunque ogni variazione significativa delle entrate del nucleo familiare intervenuta o che interverrà successivamente all'anno a cui si riferisce la presente dichiarazione;
2. di essere a conoscenza che l'Amministrazione comprensoriale potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
3. di essere a conoscenza della normativa che disciplina i requisiti, i criteri e le modalità di concessione dell'intervento e di partecipazione alla spesa;
4. di impegnarsi a versare la quota di partecipazione alla spesa determinata e richiesta dall'amministrazione comprensoriale per la fruizione dell'intervento;
5. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:
  - a) i dati personali raccolti, in base e per le finalità, anche statistiche, di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali, alla L.P. 14/1991, saranno trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi;
  - b) il conferimento dei dati è sempre obbligatorio: non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'Ufficio ricevente possa rispondere alle richieste;
  - c) i dati possono essere comunicati a tutti i soggetti (es: Uffici, altri Enti pubblici, Associazioni, Istituti e Cooperative) che, secondo le norme, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli, nonché ai soggetti che sono titolari del diritto di accesso;
  - d) i dati possono essere conosciuti dal Responsabile o dagli Incaricati del Servizio Attività Sociali;
  - e) L'interessato può esercitare i seguenti diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003:
    - richiedere la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano;
    - ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
    - richiedere di conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
    - ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
    - aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
    - opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

Il Titolare del trattamento dei dati è la Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri; il Responsabile del trattamento dei dati è il Segretario della Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri;

---

(Luogo e data)

---

(Firma)

in caso di persona sottoposta a curatela/amministrazione di sostegno senza rappresentanza, contro firma del curatore/amministratore di sostegno senza rappresentanza.

---

(Luogo e data)

---

(Firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata – unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore – all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

L'identità del dichiarante è stata da me accertata mediante:

- esibizione di documento di identità (tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_)
- conoscenza diretta
- copia fotostatica del documento di identità allegata alla domanda

---

(Luogo e data)

Timbro

---

(Il Funzionario incaricato)