

**Domanda per la partecipazione agevolata ai soggiorni climatici protetti**

Spettabile  
TERRITORIO VAL D'ADIGE  
COMUNI DI TRENTO, ALDENO, CIMONE E  
GARNIGA TERME - GESTIONE ASSOCIATA  
Servizio Attività Sociali  
Via Alfieri, 6 - 38122 TRENTO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(comune di residenza) (prov.) (indirizzo)

solo per utenti in struttura, residenza prima dell'ingresso: residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(comune di residenza) (prov.) (indirizzo)

telefono \_\_\_\_\_ ] recapito corrispondenza \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

a favore dell'interessato/a signor/ra \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nata all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(comune di residenza) (prov.) (indirizzo)

Assistente sociale di zona \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

al fine di promuovere il proprio benessere e lo sviluppo della propria vita di relazione di poter partecipare al sottoindicato soggiorno\*:

Mare: Villamarina di Cesenatico (FC) dal 24/05/2014 al 07/06/2014

Lago: Salò (BS) dal 17/09/2014 al 26/09/2014

di essere abbinato in stanza con \_\_\_\_\_  
(NB.: il supplemento per la stanza singola è a carico del richiedente)

**A tal fine DICHIARA**

*(la dichiarazione riguarda la persona per la quale viene richiesto l'intervento)*

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni / dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà), consapevole che dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero comportano, ai sensi del medesimo D.P.R., responsabilità penale ex art. 76 e l'attivazione d'ufficio del procedimento di decadenza dai benefici eventualmente concessi ex art. 75:

1. codice fiscale .....

2. di essere di cittadinanza italiana secondo le risultanze del Comune di ..... /cittadinanza .....

3. stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  
 legalmente separato/a (sentenza/omologa Tribunale di ..... n. .... di data .....<sup>1)</sup>;  
 di fatto separato/a;  in attesa di sentenza di separazione;  
 divorziato/a (sentenza del Tribunale di ..... n. .... di data .....<sup>1)</sup>.

\* Con la presente domanda l'istante chiede il finanziamento del/degli interventi da parte dell'Amministrazione comunale, impegnandosi a versare la compartecipazione alla spesa così come prevista

<sup>1</sup> Per i cittadini di uno Stato non appartenente all'Unione Europea tali atti, rilasciati dalla competente autorità di uno Stato estero, devono essere documentati. Fatte salve diverse previsioni della vigente normativa o di accordi internazionali, le firme apposte su questi atti, formati all'estero da autorità estere e redatti in lingua straniera, devono essere legalizzate dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero. Al medesimo documento va allegata inoltre una traduzione in lingua italiana certificata conforme al testo straniero dalla rappresentanza.

4. che il nucleo familiare si compone di: <sup>2</sup>

cognome e nome	luogo e data di nascita	condizione personale <sup>3</sup>

5. che le entrate, le rendite e le spese del proprio nucleo familiare nell'anno 2012 sono state le seguenti<sup>4</sup>:

<b>ENTRATE</b>	<b>Acquisizione d'ufficio<sup>5</sup></b>	<b>Utente servizio<sup>6</sup></b>	..... <sup>6</sup>	..... <sup>6</sup>	..... <sup>6</sup>
Reddito imponibile <sup>7</sup>	€	€	€	€	€
Imposta netta <sup>8</sup>	€	€	€	€	€
Addizionale regionale e comunale all'Irpef dovuta <sup>9</sup>	€	€	€	€	€

Altre entrate:

Pensione invalidità	€	€	€	€	€
Indennità di accompagnamento	€	€	€	€	€
Assegno integrativo	€	€	€	€	€
Assegno/pensione sociale	€	€	€	€	€
Rendita INAIL (...% invalidità)	€	€	€	€	€
Interessi netti bancari e/o postali, rendite su titoli	€	€	€	€	€

Altre entrate (specificare la tipologia e l'importo)

Reddito di garanzia	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€

- Maggiorazione sociale SI  NO  accertamento d'ufficio

- Pensione reversibilità SI  in attesa  NO  accertamento d'ufficio   
(dalla data: \_\_\_\_\_)

<sup>2</sup> Per nucleo familiare si intende: la persona richiedente, il coniuge (anche non convivente, purché non legalmente separato), i parenti e gli affini conviventi. Nell'eventualità che il servizio sia erogato a favore di un minore devono essere dichiarati entrambi i genitori (nel caso in cui non siano coniugati si dichiarano solo se conviventi).

<sup>3</sup> Indicare con le lettere O - D - S - C - P - I rispettivamente se il componente il nucleo familiare è occupato / disoccupato / studente / casalinga / pensionato / invalido.

<sup>4</sup> Devono essere dichiarate tutte le tipologie di entrate, imponibili o meno ai fini dell'Irpef, percepite dal nucleo familiare come definito nella nota 1 (ad esempio: redditi esenti, redditi soggetti a ritenuta definitiva o a imposta sostitutiva, assegni periodici effettivamente percepiti per il mantenimento dei figli, redditi da lavoro dipendente continuativo prestatato all'estero, ....).

<sup>5</sup> Indicare gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

<sup>6</sup> Indicare nome e grado di parentela od affinità, rispetto all'utente del servizio, dei soggetti a cui si riferiscono le varie entrate (es.: coniuge, figlio/a, genitore, nipote, ...).

<sup>7</sup> Modello Unico rigo RN 4 + RB 10 colonna 14 o 15; Modello 730 prospetto di liquidazione (730-3) rigo 6 e 14; Modello CUD rigo 1 e/o rigo 2 [riferimenti da verificare annualmente].

<sup>8</sup> Modello Unico rigo RN 26 + RB 11 colonna 3; Modello 730 prospetto di liquidazione (730-3) rigo 51 e 81; Modello CUD rigo 5 (voce: Ritenute IRPEF) [riferimenti da verificare annualmente].

<sup>9</sup> Modello Unico righe RV 2 + RV 10; Modello 730 prospetto di liquidazione (730-3) righe 72 + 75; Modello CUD righe 6 + 10 + 11 [riferimenti da verificare annualmente].

<b>SPESE (Anno 2012)</b>	<b>Acquisizione d'ufficio</b>	<b>importi</b>
Affitto annuale		€
Spese condominiali ordinarie e generali obbligatorie (importo da consuntivo escluse spese straordinarie)		€
Spese di riscaldamento autonomo..... <sup>10</sup>		€
Spese mutuo edilizio prima casa (quota capitale ed interessi)		€
Spese per bisogni atipici (specificare la tipologia e la persona cui si riferiscono): <sup>11</sup>		€

- Integrazione al canone d'affitto SI  € \_\_\_\_\_ (dalla data \_\_\_\_\_) NO  accertamento d'ufficio

In alternativa a quanto sopra, per quanto concerne la situazione reddituale:

- chiede di acquisire d'ufficio i dati già in possesso dell'Amministrazione comunale e dichiara altresì che nello stesso anno non vi sono state ulteriori entrate rispetto a quelle risultanti dai dati già in possesso dell'Amministrazione comunale.
- non in grado di dichiarare spese condominiali e/o riscaldamento.
- non intende dichiarare la situazione reddituale e, pertanto, accetta la quota massima.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza di dovere **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;
- di essere a conoscenza che l'amministrazione comunale potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- di essere a conoscenza della normativa che disciplina i requisiti, i criteri e le modalità di concessione dell'intervento e di compartecipazione alla spesa nonché delle modalità di raccolta della domanda per gli utenti in carrozzina di cui al programma approvato dalla Giunta comunale;
- di impegnarsi a versare la quota di compartecipazione alla spesa determinata e richiesta dall'amministrazione comunale, per la fruizione dell'intervento, in albergo od il giorno prima della partenza;
- di liberare l'Amministrazione comunale da ogni responsabilità civile, patrimoniale e comunque per danni connessi a fatti imputabili al partecipante al soggiorno e al suo accompagnatore personale e di assumere pertanto personalmente tali responsabilità;
- di essere a conoscenza delle informazioni utili riportate nel modulo informativo ricevuto riguardanti la scheda sanitaria che andrà consegnata, unitamente alla ricevuta di avvenuto bonifico bancario comprovante il versamento dell'acconto, entro il termine fissato dall'Amministrazione comunale, che verrà successivamente comunicato con lettera scritta, pena l'esclusione dal soggiorno climatico;
- di essere a conoscenza delle informazioni riportate nel modulo informativo ricevuto riguardanti la possibilità di non accoglimento della domanda e l'eventuale rientro anticipato previa decisione del medico in caso di ricovero ospedaliero;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:
  - i dati personali raccolti, inerenti e conseguenti il servizio/l'intervento richiesto, sono trattati per finalità socio-assistenziali. Possono essere trattati anche per finalità statistiche. Il trattamento può riguardare anche dati giudiziari in base al Codice privacy, alla L.P. 14/91 e relative Determinazioni, al vigente Regolamento consiliare per la tutela della riservatezza dei dati personali;
  - i dati vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi;
  - 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;
  - 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;
  - i dati possono essere conosciuti dal Responsabile o dagli Incaricati del Servizio Attività Sociali;
  - 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 il Territorio Val d'Adige (Comuni di Trento, Aldeno, Cimone e Garniga Terme) – Via Belenzani, 19; il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio Attività Sociali, mentre il Responsabile designato per l'esercizio dei diritti dell'interessato è il Segretario generale – Via Belenzani, 19. Entrambi i nominativi sono consultabili sul sito [www.comune.trento.it](http://www.comune.trento.it).

<sup>10</sup> Specificare se trattasi di impianto a gas metano od altro combustibile. Nel caso di riscaldamento che presuppone un rifornimento (gasolio, legna, ...) si considera la media delle spese sostenute negli ultimi tre anni.

<sup>11</sup> Per le spese relative ai farmaci non mutuabili ad uso continuativo allegare apposito modulo a firma del medico curante.

Il sottoscritto autorizza in caso di necessità ad informare il/la signor/a \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ sul proprio stato di salute.

- Firma dell'interessato/tutore/amministratore di sostegno con rappresentanza

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

- In caso di persona sottoposta a curatela/amministrazione di sostegno senza rappresentanza,  
controfirma 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.

### SERVIZIO ATTIVITÀ SOCIALI

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

- esibizione di documento di identità (tipo ....., numero ..... ) o conoscenza diretta copia fotostatica del documento di identità allegata alla domanda

Luogo e data

Il Pubblico Ufficiale  
(cognome, nome e qualifica)

.....

Timbro dell'ufficio.

**In alternativa, nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado:**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del/della signor/a di cui sopra, con la presente dichiarazione e nell'interesse dello/a stesso/a, dichiaro e richiedo sotto la mia responsabilità quanto sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle Determinazioni provinciali in materia di assistenza.

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

### SERVIZIO ATTIVITÀ SOCIALI

Attesto che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/dalla Sig./Sig.ra. \_\_\_\_\_ identificato/a previa esibizione di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Luogo e data

Il Pubblico Ufficiale  
(cognome, nome e qualifica)

.....

Timbro dell'ufficio

Si allegano alla presente:  
eventuale copia della dichiarazione di invalidità, eventuale domanda dell'accompagnatore.

UTENTE: \_\_\_\_\_

non ho mai partecipato a precedenti soggiorni

ho partecipato a precedenti soggiorni nell'anno/negli anni \_\_\_\_\_

Viaggio di andata/ritorno alla località di soggiorno con mezzo proprio: SI  NO

Sintesi stato di autosufficienza: è autosufficiente SI  NO  PARZIALE

**Mobilità:**

abbisogna di accompagnatore personale

abbisogna di sorveglianza totale

abbisogna di sorveglianza parziale

cammina solo con aiuto

è in carrozzina  larghezza carrozzina cm. \_\_\_\_\_

uso di: bastone

girello

sollevatore

stampella/e

tripode

spondine

bagno attrezzato

**N.B.: Gli ausili devono essere funzionali e in ottimo stato; in caso contrario eventuali disfunzioni saranno a carico dell'utente o delle strutture di provenienza.**

Udito: buono  incerto  nullo (sordo)  porta apparecchio

Vista: buona  incerta  nulla (cieco)  porta occhiali

Incontinenza: Si  No  Parziale

Cura e igiene personale: autosufficiente: Si  No  Parziale

Alimentazione: autosufficiente: Si  No  Parziale

Assunzione di farmaci: autosufficiente: Si  No  Parziale

Bisogno di somministrazione di terapia da parte dell'assistente sanitario? Si  No

ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**Il / La Dichiarante**