

DOMANDA PER RICHIESTA CONTRIBUTO DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 278/1993

Al Comune di Roma
Municipio VI Roma Delle Torri
Servizio Sociale
Ufficio contributi

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

chiede di usufruire per l'anno 2021 del contributo economico HIV ai sensi della Deliberazione del Commissario Straordinario n. 278/1993.

**Sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,
DICHIARA:**

- di NON PERCEPIRE indennità di accompagnamento alla data odierna e di impegnarsi ad informare tempestivamente gli uffici amministrativi del servizio sociale qualora il diritto a tale indennità venga successivamente riconosciuto, poiché incompatibile con il contributo stesso;
- di essere nato a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / _____ ;
- di essere residente in Roma, via _____
n. _____, Palazzina __, scala _____, int. _____ ;
- di avere i seguenti recapiti Tel. _____ Cell. _____ ;
Email _____ PEC _____ ;
- Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- per i cittadini stranieri UE, di essere in possesso del regolare ATTESTATO DI SOGGIORNO;
- per i cittadini stranieri NON UE, di essere in possesso del regolare PERMESSO DI SOGGIORNO;
- di non essere invalido civile ovvero di essere invalido civile (*allega copia del verbale*)

■ SITUAZIONE SANITARIA degli altri componenti del nucleo familiare:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Invalidità riconosciuta al _____

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Invalidità riconosciuta al _____

■ SITUAZIONE ABITATIVA:

SITUAZIONE ABITATIVA	IMPORTO SPESA €
<input type="checkbox"/> Affitto privato	Importo Spesa €
<input type="checkbox"/> Casa popolare	Importo Spesa €
<input type="checkbox"/> Casa di proprietà	Importo mutuo €
<input type="checkbox"/> Subaffitto	Importo Spesa €
<input type="checkbox"/> Casa Famiglia	Retta a carico del Comune €
<input type="checkbox"/> Residence	Retta a carico del Comune €
<input type="checkbox"/> Centro Accoglienza notturno	
<input type="checkbox"/> Ricovero disagiato	
<input type="checkbox"/> Casa alloggio	
<input type="checkbox"/> Altro (SPECIFICARE)	Importo Spesa €

■ di essere in carico al servizio sociale. Assistente sociale di riferimento è il/la Dott./Dott.ssa _____

■ di essere a conoscenza che l'erogazione del contributo è subordinata alla effettiva disponibilità di risorse finanziarie.

Data _____ Firma _____

Si allegano alla presente i seguenti documenti necessari per il perfezionamento della domanda:

- il certificato rilasciato dal medico di struttura pubblica specialista in patologie infettive presso un centro di riferimento AIDS del Comune di Roma;
- ISEE del nucleo familiare;
- Fotocopia del documento di identità;
- verbale riconoscimento invalidità.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Autorizzo l'Amministrazione Capitolina al trattamento dei miei dati personali nel rispetto del Codice Privacy Decreto Leg.vo 196/2003 e del Regolamento U.E 2016/679.

Dichiaro ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003, n° 196, di conoscere che i dati personali contenuti nel presente atto saranno trattati anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento finalizzato all'erogazione del contributo richiesto e scambiati per eventuali verifiche con altri Enti Pubblici e che il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Municipio VI Roma delle Torri.

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____

RICHIEDE

che il contributo economico Del. 278/93 sia accreditato su:

BANCA o POSTA	AGENZIA N°	VIA	CITTA'	CAP
IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C Bancario O Postale N°
C/C BANCARIO O POSTALE INTESTATO A:				
Attenzione non possono essere accreditate somme su libretti di risparmio				

Il cittadino dichiara ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003, n° 196, di conoscere che i dati personali contenuti nel presente atto saranno trattati anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento finalizzato all'erogazione del contributo richiesto e scambiati per eventuali verifiche con altri Enti Pubblici.

Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Municipio VI Roma delle Torri.

Data _____ FIRMA _____