



**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 1 DI COSENZA**

**AL COMUNE DI RESIDENZA DI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pec** \_\_\_\_\_

**e p.c. ALL'UFFICIO DI PIANO**

**DEL COMUNE CAPOFILA DI  
COSENZA**

**Pec: [protocollo@pec.comune.cosenza.it](mailto:protocollo@pec.comune.cosenza.it)**

**Oggetto: PRESA IN CARICO PER L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE A RETTA PER I SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI/DIURNI PER MINORENNI, A VALERE SU FNPS, FRPS E ALTRI - ANNUALITA' 2026**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
Mail/Pec \_\_\_\_\_, in qualità di *(indicare con un segno di  
spunta)*:

☐ **Diretto interessato;**

☐ **Familiare** *(indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_)*;

☐ **Tutore/Amministratore di Sostegno di**

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

☐ la presa in carico/inserimento

☐ l'ammissione all'integrazione della retta

per l'accesso alla Struttura socio-assistenziale di tipologia  
\_\_\_\_\_ ubicata nel Comune di  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_;

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui potrà andare incontro in caso di falsità negli atti e nell'uso di atti falsi ai sensi del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

☐ Che il valore del proprio Isee Socio Sanitario è \_\_\_\_\_

☐ Di essere persona sola, priva di rete familiare o con rete assente/inadeguata

☐ Di avere familiari conviventi non in grado di prestare assistenza continuativa

☐ Di avere nel nucleo familiare un caregiver anziano (età superiore a 65 anni) o con patologie certificate

☐ Di trovarsi in situazione di isolamento sociale o grave fragilità, attestata dai Servizi Sociali

☐ Di trovarsi in stato di dimissione ospedaliera o da struttura temporanea senza soluzioni assistenziali alternative

Tutto ciò premesso, si acclude quanto segue:

1. **ISEE SOCIO-SANITARIO** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza;
2. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno in corso;
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice civile o con la quale viene dichiarato l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;
4. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga

- successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;
5. **Certificato medico/relazione sanitaria**, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all'inserimento in struttura socio-assistenziale;
  6. **Modello OBIS/M** Anno 2026, ove disponibile su piattaforma INPS (solo per i percettori di pensione).

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Distinti saluti.

Data: \_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

---

(per esteso e leggibile)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, Mail/Pec  
\_\_\_\_\_, in qualità di (indicare con un segno di spunta):

☐ **Diretto interessato;**

☐ **Familiare** (indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_);

☐ **Tutore/Amministratore di Sostegno di**

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

\* (indicare con un segno di spunta)

1. ☐ Che la **situazione reddituale e/o economica** è la seguente:

(ultima dichiarazione dei redditi presentata)

	<u>Reddito proprio</u>	<u>Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare</u>
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

2. ☐ Che la **situazione patrimoniale** è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno 2026.

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Allegato:** Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
Mail/Pec \_\_\_\_\_, in qualità di (indicare con un segno di  
spunta):

Ⓢ Diretto interessato;

Ⓢ Familiare (indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_);

Ⓢ Tutore/Amministratore di Sostegno di

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_,

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla  
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e  
per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale  
responsabilità

### DICHIARA

\* (indicare con un segno di spunta)

☐ che i **parenti civilmente obbligati** di cui art. 433 del Codice Civile\*

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ sono:

1) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione  
di parentela \_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione  
di parentela \_\_\_\_\_;

3) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione  
di parentela \_\_\_\_\_;

4) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione  
di parentela \_\_\_\_\_;

5) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ relazione  
di parentela \_\_\_\_\_;

☐ l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice Civile;

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

Data: \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Allegato:** Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

**\*Art. 433 Codice civile**

**Persone obbligate: all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine:**

- 1) il coniuge
- 2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti.
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali; con precedenza dei germani sugli unilaterali.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
Mail/Pec \_\_\_\_\_, in qualità di (indicare con un segno di  
spunta):

Ⓢ Diretto interessato;

Ⓢ Familiare (indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_);

Ⓢ Tutore/Amministratore di Sostegno di

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome), nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_,

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

**Di impegnarsi** a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme che a qualsiasi titolo, in seguito, divenga titolare (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati, ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano.

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

Data: \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Allegato:** Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 1 DI COSENZA**

**Certificato Medico e/o Relazione del Medico curante o Specialista che certifichi lo stato di salute e la coerenza dell'utente con il servizio socio-assistenziale**