



## Situazione sanitaria

Patologie e documentazione:

---

---

Spese sanitarie per:

farmacia € \_\_\_\_\_ / mese      dentista € \_\_\_\_\_      ottico € \_\_\_\_\_  
altro € \_\_\_\_\_

## Altre spese

aiuto ai familiari € \_\_\_\_\_ / mese      trasporto/abbonamenti € \_\_\_\_\_ / mese  
autovettura € \_\_\_\_\_      ratei € \_\_\_\_\_      altro € \_\_\_\_\_

## Aiuti ricevuti nell'ultimo anno

da familiari \_\_\_\_\_ servizi sociali \_\_\_\_\_ Caritas \_\_\_\_\_  
San Vincenzo \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

Con la compilazione e la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 e ss. del Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personal (GDPR), presta il suo consenso al trattamento di questi ultimi ed alla comunicazione degli stessi nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa presente sul sito [www.congrega.it](http://www.congrega.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- Carta di identità e/o permesso/carta di soggiorno
- Autocertificazione dello Stato di famiglia in carta semplice
- Eventuale relazione del servizio sociale
- Eventuale verbale di invalidità/disabilità
- ISEE in corso di validità
- Ultime 3 buste paga di tutti i percettori di reddito o iscrizione al centro per l'impiego
- Estratto conto corrente bancario/postale degli ultimi 3 mesi
- Documentazione spese (bollette, sanitarie,scolastiche, ecc.)

## Altre notizie e/o osservazioni a cura dell'operatore

---

---

---