



nr

[illegible]

rev. 09/2024

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 Personali (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

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
