

**MODULO DI DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE PER LA CONCESSIONE DELLE AGEVOLAZIONI SOCIALI – ANNO 2025.**

(Da consegnare all'Ufficio Protocollo del Comune **entro le ore 13.00 del 12/12/2025**).

- ☐ **Fondo UtENZE:** spese per luce e riscaldamento, sostenute dal 1° gennaio 2025 alla data di presentazione delle domanda.
- ☐ **Fondo Sociale:** spese farmaceutiche e medico – specialistiche sostenute dal 1° gennaio 2025 alla data di presentazione della domanda.

## IO SOTTOSCRITTO

Cognome e nome \_\_\_\_\_

C.F./\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Residente a **San Vincenzo (LI)**

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ ISEE posseduto pari a € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**Protocollo ISEE:** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_

➤ presenza in famiglia di un soggetto non autosufficiente o portatore di handicap o invalidità almeno al 67%, come  
certificato dagli organi sanitari competenti

➤ nucleo familiare assistito dal Servizio Sociale ASL

Composizione del nucleo familiare (oltre al dichiarante)

Cognome e nome	Comune nascita	Data nascita	Percettore di reddito ai fini IRPEF		Invalidità inf. al 67% non	
1.			sì	no	sì	no
2.			sì	no	sì	no
3.			sì	no	sì	no
4.			sì	no	sì	no
5.			sì	no	sì	no
6.			sì	no	sì	no
7.			sì	no	sì	no
8.			sì	no	sì	no

## SPESE PER LE QUALI SI PRESENTA DOMANDA DI CONTRIBUTO

(Per ciascuna agevolazione, contrassegnare la casistica corrispondente ai requisiti posseduti)

N.B.: i richiedenti, per ciascuna delle due agevolazioni, dovranno collocarsi nella medesima casistica

### 1) FONDO UTENZE

Contributo per spese relative a luce e riscaldamento sostenute dal **1° gennaio 2025 alla data di presentazione della domanda. Contributo massimo: € 350,00**

- 1) **Famiglie assistite dal Servizio Sociale A.S.L., con ISEE pari o inferiore ad € 13.000,00.** Il contributo può essere erogato solo in presenza di relazione dettagliata del Servizio Sociale, attestante che i soggetti collocati in questa fascia non usufruiscono di contributi di entità tale da coprire le spese per le utenze domestiche
- 2) **Famiglie nelle quali siano presenti una o più persone non autosufficienti** o portatori di handicap o malattie invalidanti almeno al 67%, certificato dagli organi sanitari competenti, in possesso di **ISEE pari o inferiore ad € 16.000,00**
- 3) **Unico componente ultrasessantacinquenne, o nucleo familiare formato da più di un componente** ma in cui l'unico percettore di reddito rilevabile ai fini IRPEF sia il componente ultrasessantacinquenne, con un **ISEE non superiore ad € 13.000,00**
- 4) **Nucleo familiare formato da due o più componenti, di cui almeno uno ultrasessantacinquenne**, nel quale siano percettori di reddito rilevabile ai fini IRPEF non più di due componenti, di cui almeno uno ultrasessantacinquenne, in possesso di un **ISEE non superiore ad € 16.000,00**

Importo complessivo spese energia elettrica € \_\_\_\_\_

Importo complessivo spese riscaldamento € \_\_\_\_\_

**TOTALE SPESE (come da copie ricevute allegate)** € \_\_\_\_\_

### 2) FONDO SOCIALE

Rimborso per spese medico/farmaceutiche sostenute dal **1° gennaio 2025 alla data di presentazione della domanda. Contributo massimo** pari al 19% delle spese sostenute: **€ 200,00**

- 1) **Famiglie assistite dal Servizio Sociale A.S.L., con ISEE non superiore ad € 13.000,00.** Il contributo può essere erogato solo in presenza di relazione dettagliata del Servizio Sociale, attestante che i soggetti collocati in questa fascia non usufruiscono di contributi di entità tale da coprire le spese mediche
- 2) **Famiglie nelle quali siano presenti una o più persone non autosufficienti** o portatori di handicap o malattie invalidanti almeno al 67%, certificato dagli organi sanitari competenti, in possesso di **ISEE pari o inferiore ad € 16.000,00**
- 3) **Unico componente ultrasessantacinquenne, o nucleo familiare formato da più di un componente** ma in cui l'unico percettore di reddito rilevabile ai fini IRPEF sia il componente ultrasessantacinquenne, con un **ISEE non superiore ad € 13.000,00**
- 4) **Nucleo familiare formato da due o più componenti, di cui almeno uno ultrasessantacinquenne**, nel quale siano percettori di reddito rilevabile ai fini IRPEF non più di due componenti, di cui almeno uno ultrasessantacinquenne, in possesso di un **ISEE non superiore ad € 16.000,00**

Importo complessivo delle spese medico – farmaceutiche € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Come da fatture e scontrini IN ORIGINALE allegati)

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ☐ documentazione attestante le spese sostenute per ciascuna delle agevolazioni richieste (ricevute in originale dei pagamenti effettuati e scontrini fiscali "parlanti" in originale);
- ☐ attestazione del Servizio Sociale A.S.L. (**solo per chi rientra nella casistica 1**);
- ☐ certificazione delle condizioni di non autosufficienza, handicap o invalidità almeno al 67%, rilasciata dagli organi competenti (**solo per chi rientra nella casistica 2**);
- ☐ copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità (**per tutte le casistiche**)

## MODALITA' DI RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO

- ☐ Riscossione diretta presso la Tesoreria Comunale
- ☐ Delega al/alla Sig./Sig.ra ..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... in via ..... C.F.:.....  
.....;
- ☐ Accredito in c/c bancario: Codice IBAN (costituito da 27 caratteri obbligatori)

CODICE IBAN (27 CARATTERI OBBLIGATORI)																											
PAESE	CIN EUROPA		CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO															

San Vincenzo \_\_\_\_\_

In fede (firma del richiedente)

(da compilare e sottoscrivere )

...I... sottoscritt..... nat... a..... il ..... dichiara di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, così come previsto dall' art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Firma del dichiarante .....

### Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del REG. UE n. 679/2016 (da sottoscrivere)

Il Comune di San Vincenzo, in qualità di titolare (con sede in via Beatrice Alliata n. 4, Cap. 57027, San Vincenzo (LI); Email: [www.comune.sanvincenzo.li.it](mailto:www.comune.sanvincenzo.li.it); PEC: [comunesanvincenzo@postacert.toscana.it](mailto:comunesanvincenzo@postacert.toscana.it); Centralino: 0565 707111, tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato inserimento non consente di completare l'istanza/comunicazione al titolare. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento e, successivamente alla conclusione del procedimento, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare espressamente designati come responsabili del trattamento. Il Responsabile della protezione dati incaricato è l'avvocato Guido Paratico mail: [consulenza@entionline.it](mailto:consulenza@entionline.it) pec: [guido.paratico@mantova.pecavvocati.it](mailto:guido.paratico@mantova.pecavvocati.it). Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento. L'apposita istanza al titolare è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il titolare, come sopra individuato. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste.

Firma del dichiarante .....