MODULO DI DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE PER LA CONCESSIONE DELLE AGEVOLAZIONI SOCIALI – ANNO 2026.

(Da consegnare all'Ufficio Protocollo del Comune **entro le ore 13.00 del 21 Dicembre 2026**)

- ☐ **Fondo Utenze: spese per luce e riscaldamento, sostenute dal 1° gennaio 2026 alla data di presentazione delle domanda.**
- ☐ **Fondo Sociale: spese farmaceutiche e medico – specialistiche sostenute dal 1° gennaio 2026 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 sì no
- nucleo familiare assistito dal Servizio Sociale ASL sì no

Composizione del nucleo familiare (oltre al dichiarante)

Cognome e nome	**Comune nascita**	**Data nascita**	**Percettore di reddito ai fini IRPEF**		**Invalidità non inf. al 67%**	
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 2026 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 ultrassessantacinquenne,** 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 (escluso canone RAI 2026)	**€ _____**
Importo complessivo spese riscaldamento	**€ _____**
TOTALE SPESE (come da copie ricevute allegate)	**€ _____**

2) FONDO SOCIALE	
Rimborso per spese medico/farmaceutiche sostenute **dal 1° gennaio 2026 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 ultrassessantacinquenne,** 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)

...l… 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; PEC: comunesanvincenzo@postacert.toscana.it; Centralino: 0565 707200, 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 pec: 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 ……...