

DOMANDA DI ASSISTENZA
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
stato civile.....residente in.....
telefono..... documento d'identità n°.....
rilasciato il da che si allega in fotocopia.

CHIEDE

di poter beneficiare delle seguenti tipologie di assistenza consolare:

- sussidio in denaro
- assistenza medico-ospedaliera
- assistenza farmaceutica
- assistenza legale

A tale fine, consapevole delle conseguenze di natura penale derivanti da false affermazioni ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 15/1968

DICHIARA

1) di essere cittadino/a italiano/a iscritto/a nell'Anagrafe consolare di

2) di essere anche cittadino argentino SI NO

3) di essere titolare di pensione italiana SI NO importo

4) di essere titolare di pensione argentina SI NO importo.....

5) familiari conviventi e a carico:
.....;

6) familiari conviventi non a carico:
.....;

4) il reddito mensile totale dell'intero gruppo familiare convivente (compresi redditi da pensione, da lavoro subordinato o autonomo, da immobili o da capitali) ammonta a:.....;

5) casa abitazione:

di essere proprietario locatario

- superficie del terreno.....
- superficie della costruzione.....
- valutazione fiscale municipale..... provinciale.....
- importo delle tasse municipali..... provinciali.....
- ammontare dell'affitto.....

- spese per i servizi:

- luce.....
- acqua.....
- gas.....
- telefono.....
- televisione via cavo
- cellulare.....

6) stato di salute:

di essere affetto/a dalle seguenti patologie.....

.....

di dover assumere i seguenti medicinali.....

.....

di dover affrontare la seguente spesa mensile in farmaci

di non essere coperto/a da nessun tipo di assistenza sanitaria

di essere beneficiario/a dell'assistenza sanitaria di

7) familiari non conviventi:

coniuge

(cognome e nome, età, residenza, attività e redditi mensili):

.....

.....

figli

(cognome e nome, età, residenza, attività e redditi mensili):

.....

.....

.....

altri

.....

8) i componenti del gruppo familiare convivente sono titolari di conti correnti bancari SI NO

9) consapevole che, ai sensi dell' art. 433 e seguenti del Codice Civile italiano, i familiari hanno l'obbligo di prestare assistenza economica al congiunto indigente, il sottoscritto dichiara che attualmente nessun familiare presta o è in grado di prestargli tale tipo di assistenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara che quanto sopra riportato risponde a verità e coincide con le risultanze dei Pubblici Registri italiani e argentini. Il/la sottoscritto/a accetta la visita domiciliare di un Assistente sociale inviato dal Consolato Generale e si impegna a consegnare tutta la documentazione necessaria per il completamento dell'istruttoria. Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali necessari per il perfezionamento della procedura di assistenza da parte del Consolato Generale. Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente qualunque variazione della situazione personale sopra dichiarata.

Luogo e data

.....

(Firma del richiedente)