

**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)