



# Società della Salute Fiorentina Sud Est

Piazza della Vittoria 1 - 50012 Bagno a Ripoli (FI)

Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri - 50012 Bagno a Ripoli (FI)

C. F. 94297490487 - P. IVA 07179170480

## POLO CHIANTI

**Oggetto: Richiesta di valutazione Servizi Sociali**

**da presentare entro il 30/09/2025**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....  
.....il.....  
residente in ..... Via .....  
tel. .... Cell.....

### CHIEDE

ai sensi delle Deliberazioni della Giunta dell'Unione Comunale \_\_\_\_\_

### ESONERO TOTALE DAL PAGAMENTO DEI SERVIZI SCOLASTICI ANNO SCOLASTICO 2025-2026:

refezione scolastica     colazione     trasporto scolastico

per i seguenti figli:

COGNOME E NOME	Scuola e plesso che frequenterà anno scolastico 2025-2026	CLASSE	TRASPORTO	REFEZIONE	COLAZIONE

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, di trovarsi nelle seguenti condizioni:

#### 1) NUCLEO FAMILIARE

\_\_\_\_\_

NOMINATIVO	Grado di parentela	Età	Attività professionale	Reddito mensile

Valore ISEE riferito all'anno 2023 \_\_\_\_\_ Data ISEE: \_\_\_\_\_

### Società della Salute Fiorentina Sud Est

Sede Operativa Comune di Barberino Tavarnelle: Via B.Naldini,44 - 50028 Barberino Tavarnelle (FI)

Tel. 0558052520 . - E-mail: [urp@barberinotavarnelle.it](mailto:urp@barberinotavarnelle.it) PEC:  
[barberinotavarnelle@postacert.toscana.it](mailto:barberinotavarnelle@postacert.toscana.it)



# Società della Salute Fiorentina Sud Est

Piazza della Vittoria 1 - 50012 Bagno a Ripoli (FI)

Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri - 50012 Bagno a Ripoli (FI)

C. F. 94297490487 - P. IVA 07179170480

## POLO CHIANTI

### 2) CONDIZIONI ECONOMICHE

La famiglia sostiene le seguenti spese fisse mensili:

- Affitto € \_\_\_\_\_
- Mutuo € \_\_\_\_\_

### 3) CONDIZIONI ABITATIVE

- Tipo di abitazione \_\_\_\_\_
- Contesto: Condominio  Casa Indipendente  Casa Rurale
- N° vani \_\_\_\_\_ Servizi Igienici \_\_\_\_\_
- Proprietà  Usufrutto  A titolo gratuito  Affitto da Pubblico  Affitto da Privato   
In atto sfratto

Altre proprietà immobiliari

### 1) CONDIZIONI DI SALUTE

#### **Richiedente**

Percentuale di invalidità riconosciuta: \_\_\_\_\_ % Tipo di invalidità \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento: Presente  Assente

Handicap: no  sì  con gravità

#### **Altri componenti nucleo familiare (conviventi)**

Percentuale di invalidità riconosciuta: \_\_\_\_\_ % Tipo di invalidità \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento: Presente  Assente

Handicap: no  sì  con gravità

Il sottoscritto dichiara di usufruire delle seguenti prestazioni a sostegno del nucleo:

Il sottoscritto dichiara inoltre

1. di avere/ non aver provveduto a vendite immobiliari, fondiari, di esercizi commerciali (in caso affermativo specificare .....)
- 2) di avere/non avere successioni aperte (in caso affermativo specificare .....)
- 3) di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, camper, roulotte, ecc.. (indicare modello, cilindrata e data di immatricolazione) .....

(luogo, data) .....(firma).....

Si allega:

4) copia di un documento di identità in corso di validità;

5) copia certificazione ISEE

### Società della Salute Fiorentina Sud Est

Sede Operativa Comune di Barberino Tavarnelle: Via B.Naldini,44 - 50028 Barberino Tavarnelle (FI)

Tel. 0558052520 . - E-mail: [urp@barberinotavarnelle.it](mailto:urp@barberinotavarnelle.it) PEC:

[barberinotavarnelle@postacert.toscana.it](mailto:barberinotavarnelle@postacert.toscana.it)