



Ricevuto il: \_\_\_\_\_  
Numero: \_\_\_\_\_

MESTNA OBČINA KOPER  
COMUNE CITTÀ DI CAPODISTRIA

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL SUSSIDIO  
PER IL PAGAMENTO DELLA SORVEGLIANZA DURANTE LE VACANZE PER GLI  
ALUNNI DELLA SCUOLA ELEMENTARE  
EROGATO DAL BILANCIO COMUNALE DEL COMUNE CITTÀ DI CAPODISTRIA**

**1. DATI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
CODICE ANAGRAFICO UNICO DEL CITTADINO \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Status \_\_\_\_\_  
Numero di telefono \_\_\_\_\_

Gli aventi diritto al pagamento della sorveglianza degli alunni della scuola elementare durante le vacanze sono le famiglie che adempiono alle condizioni previste dal Decreto sull'assegnazione dei sussidi nel Comune città di Capodistria e sono in possesso della decisione in corso di validità del centro competente per l'assistenza sociale sul diritto riconosciuto per gli assegni familiari in base alla quale il reddito mensile medio per membro della famiglia non supera il 36% dello stipendio mensile medio netto di tutti i dipendenti nella Repubblica di Slovenia.

**2. DATI DI TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE**

Nome e cognome	CODICE ANAGRAFICO UNICO DEL CITTADINO	Rapporto di parentela	Status	Periodo di utilizzo dell'assistenza durante le vacanze (massimo 3 settimane)

**3. REDDITO MEDIO MENSILE PER PERSONA (IN %) (in base al diritto riconosciuto agli assegni familiari)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE D'INDIGENZA MATERIALE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**DICHIARAZIONE**

**Il richiedente del sussidio per il pagamento dei servizi sociali e i componenti del nucleo familiare maggiorenni dichiaro-dichiariamo:**

- 1) che tutte le informazioni fornite nella domanda sono veritiere, accurate e complete;
- 2) che sono stati forniti tutti i dati riguardanti i redditi e gli introiti di tutti i componenti del nucleo familiare per il periodo richiesto;
- 3) di essere a conoscenza della disposizione dell'articolo 42 della Legge sull'attuazione dei diritti garantiti mediante fondi pubblici, che stabilisce l'obbligo di comunicare, entro otto giorni, qualsiasi fatto e circostanza o qualsiasi modifica che influisca sulla percezione del sussidio, l'importo di esso nonché il periodo di ricezione; **e mi assumo tutta la responsabilità materiale e penale per la mia dichiarazione.**

**Il richiedente del sussidio consento di fornire i dati della mia domanda al fornitore di servizi.**

Capodistria, il \_\_\_\_\_ Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Firma dei componenti del nucleo familiare maggiorenni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nota: il modulo deve essere compilato in modo leggibile e in stampatello.

**ALLEGATI**

**Allegato obbligatorio:**

**- decisione in corso di validità del centro competente per l'assistenza sociale sul diritto riconosciuto agli assegni familiari.**

**PARERE DEL CENTRO PER L'ASSISTENZA SOCIALE DEL LITORALE, UNITÀ DI CAPODISTRIA**

---

---

---

---

---

---

---

Capodistria, il \_\_\_\_\_

Firma del collaboratore/collaboratrice professionale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_