

RICHIESTA DI ASSISTENZA

Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio
ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a: _____

C.I./Passaporto _____ Nato/a a: _____

_____ il _____

Residente a: _____

Età: _____ Stato civile (coniugato/a, divorziato/a, celibe, nubile, separato/a, vedovo/a): _____

Tel: _____ Cell: _____ Occupazione _____

Email: _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, **DICHIARA di trovarsi attualmente in stato di necessita'**.

Dichiara altresí quanto segue:

1) di avere i seguenti redditi mensili (indicare la valuta \$, VES o €):

Redditi del Dichiarante	
Redditi di altri famliari	
Altri redditi (Pensioni, Rendite da immobili e/ capitali, altro)	

2) di avere i seguenti familiari a carico/conviventi e relativo reddito (indicare la valuta \$, VES o €):

Nome	Cognome	Parentela	Età	Stato civile	Occupazione	Reddito mensile

3) di avere i seguenti familiari non conviventi e relativo reddito (indicare la valuta \$, VES o €):

Nome	Cognome	Parentela	Età	Stato civile	Occupazione	Reddito mensile

4) di sostenere per il nucleo familiare le seguenti spese mensili:

Telefoniche, luce, altri servizi	
Medicine / spese mediche	
Alimentazione	
Educazione	
Affitto / spese condominiali	
Altro	

5) Di avere un'auto (si/no): _____ (se si, indicare quale/anno): _____

6) Di vivere: in una casa di proprietà (si/no): _____ in affitto (si/no): _____

7) Di essere titolare di conti bancari (si/no): _____ (se si, allegare copia estratto conto degli ultimi 3 mesi)

8) Che i componenti del gruppo familiare convivente sono titolari delle seguenti proprietà immobiliari:

CHIEDE

Di essere inserito nella lista degli indigenti di codesto Consolato e che mi sia/siano erogata/e la/le seguente/i modalità di assistenza:

Sussidio (si / no) _____

Assistenza Sanitaria (si/no): _____ (allegare certificato medico)

Assistenza farmaceutica (si/no) : _____ (allegare indicazioni mediche)

Rimborso delle spese funebri (si/no) _____ (allegare fattura originale della funeraria)

Rimpatrio consolare (si/no) _____ (allegare dichiarazione di responsabilità del parente in Italia)

EVENTUALI OSSERVAZIONI:

.....
.....

Dichiara altresí di accettare la visita domiciliare che verrà disposta, senza preavviso e in qualsiasi orario diurno, a cura di un Assistente Sociale incaricato da codesto Consolato, impegnandosi a consegnare alla predetta tutta la documentazione necessaria in proprio possesso che sarà richiesta a completamento dell'istruttoria.

Esonero/esoneriamo la Pubblica Amministrazione e, in particolare, il Consolato d'Italia a Maracaibo da ogni responsabilità, in via diretta o di rivalsa, per ogni intervento che venga effettuato in merito alla presente richiesta.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679, sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ACCONSENTE al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione dell'erogazione del beneficio richiesto.

In fede.

LUOGO E DATA: _____, ____/____/____

FIRMA LEGGIBILE

Telef.:.....

Email:

Per l'Ufficio (NON compilare)

Approvato da: _____

Firma: _____

In data: _____

DATI DEL FAMILIARE RESPONSABILE (datos del familiar responsable):

NOME E COGNOME (*nombre y apellido*): _____

N. DOCUMENTO (*C.I.*): _____

INDIRIZZO (*Dirección completa*):

NUMERI TELEFONICI (*teléfono fijo y celular*):

E-MAIL: _____

RELAZIONE (*parentesco*): _____

LUOGO E DATA: _____, ____/____/____

FIRMA

Allegare copia della C.I. e/o passaporto italiano

ALLEGARE A TUTTE LE RICHIESTE DI ASSISTENZA

(in questo ordine / *en este orden*)

1. Copia della Cédula de identidad del richiedente
2. Originale del passaporto italiano e - se doppio cittadino - venezuelano (prime 10 pagine se inviati via mail)
3. Originale del rapporto medico (preferibilmente non scritto a mano o in lettere chiare)
4. Originale prescrizioni mediche dei medicinali
5. Copia del RIF
6. Originale e copia della fattura di pagamento affitto e/o condominio
7. Dichiarazione dei redditi (Declaración de Impuestos del SENIAT)
8. Estratto conto degli ultimi tre (3) mesi di TUTTI I CONTI bancari (anche **ESTERI**) del richiedente
9. Eventuale copia del Carnet di Disabilità emesso dal Ministero della Salute
10. Copia della Cédula de identidad del familiare/amico responsabile
11. Estratto/i conto degli ultimi tre (3) mesi del/dei familiari responsabili

1. *Copia de la Cédula de identidad del solicitante*
2. *Original y copia del pasaporte italiano y, si se trata de un doble ciudadano, también del pasaporte venezolano (copia de las primeras 10 páginas si se envía por email);*
3. *Original del informe médico (preferiblemente escrito en computadora y no a mano; de ser a mano, en letra LEGIBLE)*
4. *Original de los recipes de los medicamentos*
5. *Copia del RIF*
6. *Original y copia de la factura de pago de alquiler o condominio*
7. *Declaración de Impuestos del SENIAT*
8. *Estado de cuenta de los últimos tres (3) meses de TODAS LAS CUENTAS bancarias (inclusive en el **EXTERIOR**) del SOLICITANTE*
9. *Eventual copia del Carnet de DISCAPACITACIÓN emitido por el Ministerio de Sanidad*
10. *Copia de la Cédula de identidad del familiar/amigo responsable*
11. *Estado de cuenta de los últimos tres (3) meses del/de los familiar/es responsable/s*