Soggetti interessati dalla compilazione del modello (ex Legge 153/69 e Legge 335/1995):
I titolari di pensione sociale e assegno sociale per dichiarare il permanere o meno del requisito della "permanenza stabile e continuativa in Italia";
I titolari di solo assegno sociale per verificare la sussistenza o meno dello stato di ricovero a carico del S.S.N. o con retta a carico proprio o dei familiari.

Il sottoscritto, ai fini del pagamento della prestazione

DICHIARA CHE

(barrare le caselle interessate)

nell'anno 2014

☐ ha dimorato/soggiornato **per tutto l'anno in modo stabile ed effettivo in Italia**: CITTA' _____

INDIRIZZO COMPLETO _____

OPPURE

☐ ha dimorato/soggiornato all'estero nel periodo DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

STATO ESTERO: _____

INDIRIZZO COMPLETO: _____

nell'anno 2015

☐ dimora/soggiorna **attualmente in modo stabile ed effettivo in Italia:** CITTA' _____

INDIRIZZO COMPLETO _____

OPPURE

☐ ha dimorato/soggiornato all'estero nel periodo DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

STATO ESTERO: _____

INDIRIZZO COMPLETO: _____

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.

ATTENZIONE: **PARTE DA COMPILARE SOLO PER I TITOLARI DI ASSEGNO SOCIALE**

DICHIARA INOLTRE CHE

(barrare le caselle interessate)

nell'anno 2014

☐ NON E' STATO RICOVERATO

☐ E' STATO RICOVERATO **con retta a totale carico del S.S.N. In Istituto**

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

☐ E' STATO RICOVERATO **con retta a carico proprio o dei suoi familiari** pari ad € _____

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

nell'anno 2015

☐ NON E' RICOVERATO

☐ E' RICOVERATO **con retta a totale carico del S.S.N.**

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

☐ E' STATO RICOVERATO **con retta a totale carico del S.S.N.**

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

☐ E' RICOVERATO **con retta a carico proprio o dei suoi familiari** pari ad € _____

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

☐ E' STATO RICOVERATO **con retta a carico proprio o dei suoi familiari** pari ad € _____

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

PER I CASI DI RICOVERO CON RETTA A CARICO PROPRIO O DEI FAMILIARI ALLEGA:

☐ N° _____ RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA RETTA PER L'ANNO **2014**

☐ N° _____ RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA RETTA PER L'ANNO **2015**

Modulo presentato dal: ☐ **titolare** ☐ **rappresentante legale (tutore/curatore)**

Data _____ Firma _____

Questo documento è di proprietà di CAAF CGIL Lombardia s.r.l. e non potrà essere riprodotto senza autorizzazione scritta della medesima.