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 2015

☐ 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 in corso (2016)

☐ 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 2015

☐ 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 in corso (2016)

☐ NON E' RICOVERATO

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

NOME ISTITUTO _____ DAL _____ fino alla data odierna.

☐ 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 _____ fino alla data odierna.

☐ 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 **2015**

☐ N° _____ RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA RETTA PER L'ANNO **2016**

**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.