Si chiede il protocollo differito alla data di ricevimento 29/09/2017
Firma

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

AREA COMUNICAZIONE E MARKETING
Servizio alla Persona
Galleria Storione, 8 – Padova 35122

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI ECONOMICI A FAVORE DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

La/Il sottoscritta/o _____ _____ _____

CHIEDE

l'erogazione del beneficio economico per le spese sostenute per sé medesima/o e/o per le/i familiari a carico, negli/ll'anno 2017 per un totale di € 19.767,37 relativo alla/e seguente/i fattispecie:

☐ **Art. 3 lett. a) del Regolamento – DECESSO** della/del dipendente, delle/i figlie/i, della/l coniuge (non separata/o) o convivente di fatto ex Legge n. 76/2016.

Indicare cognome e nome della/l richiedente o della/l familiare deceduta/o:

_____

Relazione di parentela con la/il richiedente: _____

Importo di spesa € _____

☐ **Art. 3 lett. b) del Regolamento - MALATTIE GRAVI,** croniche o invalidanti con necessità di assistenza e di cura, non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N.:

Protocollo differito al 29/09/20

☐ spese per cure mediche	€	_____
☐ spese di degenza	€	_____
☐ spese di day hospital	€	_____
☐ spese riabilitative	€	_____
Importo di spesa totale	€	_____

-RISERVATO-

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA - Registratura
Anno ____ Titolo VII Classe 10 Fascicolo ____
N. -
02 OTT 2017
UOR: PERSONA | CC: GRIGOLIN | RPA:

☐ **Art. 3 lett. c) del Regolamento - SPESE MEDICHE,** non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N., sono escluse le spese per prestazioni e interventi di natura estetica:

☐ Spese mediche specialistiche	€	_____
☐ Spese per protesi	€	_____
☐ Spese per cure riabilitative	€	_____
☐ Spese farmaceutiche	€	_____
☐ Spese per cure odontoiatriche	€	_____
Importo di spesa totale	€	_____

☐ **Art. 3 lett. d) del Regolamento – FACILITARE L'INTEGRAZIONE E L'INCLUSIONE** per spese non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N:

☐ mezzi necessari all'accompagnamento, deambulazione, locomozione e sollevamento, compresi motoveicoli ed autoveicoli utili a facilitare l'autosufficienza di persone con invalidità certificata
€ _____

☐ benefici tecnici e informatici che facilitano l'autosufficienza e l'integrazione
€ _____

☐ spese sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche del proprio domicilio
€ _____

Importo di spesa totale € _____

X **Art. 3 lett. e) del Regolamento - BISOGNO ECCEZIONALE RILEVANTE** che richieda un notevole impegno economico e di cura, rientrano le spese per:

- ☐ sopravvenuta invalidità, certificata dall'INPS
- ☐ disabilità e/o handicap, certificati dall'INPS
- ☐ perdita del lavoro della/l coniuge non separata/o o della/l convivente di fatto ex Legge n. 76/2016 la cui stabile convivenza risulti da certificazione anagrafica al momento dell'evento (*purché si trovi al momento della richiesta in uno stato di disoccupazione certificata da almeno tre mesi e risulti iscritta/o al Centro per l'Impiego*).

X Altro acquisto cose (spese notarili e acquisto mobili)

Importo di spesa totale € 19.767,37

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nata/o a _____ il _____
- Stato civile _____ Codice Fiscale: _____
- di essere residente a _____
  c.a.p. _____ Prov. _____ via _____
  (recapiti telefonici cellulare / ufficio) _____
- di essere in servizio presso questa Università con matricola n° _____
- Struttura/Servizio di afferenza _____
- che il n° di protocollo della DSU è _____ con valore dell'attestazione ISEE (ordinario / corrente / minorenni[1]) in corso di validità pari a € _____
- che le spese ~~sono~~/non sono[1] state oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi per l'importo di € _____
- di aver ~~effettuato~~/effettuerà[1] il recupero fiscale, delle spese presentate, nella/e dichiarazione dei redditi.
- che la composizione familiare è la seguente (esclusa/o la/il richiedente) con indicazione delle/i familiari a carico della/l richiedente, qualora il rimborso sia richiesto anche per le spese sostenute per loro:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto con la/il richiedente	Familiare a carico (SI/NO)

ATTESTAZIONE ISEE

L'INPS attesta che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-2017-04979959C-00 presentata da
in data 22/09/2017,

- il nucleo familiare del Dichiarante è così composto:

NUCLEO FAMILIARE DEL DICHIARANTE	Relazione con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice fiscale
	D			
	P			
	P			

- è stato calcolato il seguente indicatore:

ISEE ORDINARIO	l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente:	Euro	10.640,69

Nota Bene: l'ISEE ordinario sopra riportato è valido per la generalità delle prestazioni, salvo quanto di seguito specificato.

Ove siano richieste **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (di cui all'articolo 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n.159), **prestazioni agevolate rivolte a minorenni** (articolo 7), **prestazioni per il diritto allo studio universitario** (articolo 8), o **l'ISEE corrente** (articolo 9), l'attestazione potrà assumere specifiche connotazioni. Per tali prestazioni, con riferimento al nucleo familiare sopra indicato, **l'ISEE ordinario** potrà essere utilizzato nei seguenti casi:

- si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO[1] in favore di CLIGLL86H60Z129X;
- non si applica alle PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI

L'ISEE ordinario si applica inoltre alle **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non residenziali per persone maggiorenni e ai corsi di dottorato**, qualora non si intenda avvalersi della facoltà di considerare un nucleo familiare ristretto (composto dal beneficiario, dall'eventuale coniuge e dagli eventuali figli)[2].

- relativamente all'indicatore calcolato si fornisce la modalità di calcolo:

1 - MODALITÀ DI CALCOLO ISEE ORDINARIO		
	Somma dei redditi dei componenti del nucleo	Euro
	Reddito figurativo del patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazioni per spese e franchigie del nucleo	Euro
	Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	**Euro**
	Patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio mobiliare	Euro
	Patrimonio immobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio immobiliare	Euro
	Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	**Euro**
	Indicatore Situazione Economica (ISE)	**Euro**
	Parametro calcolato in base al numero di componenti del nucleo	
	Eventuali maggiorazioni applicate	
	Valore della scala di equivalenza	

Il calcolo dell'ISEE è stato effettuato in base ai dati autodichiarati ed a quelli derivanti dagli archivi dell'Agenzia delle Entrate e dell'INPS contenuti nel/i Quadro/i FC8 sezioni II e III.

La Dichiarazione Sostitutiva Unica INPS-ISEE-2017-04979959C-00 è stata **presentata** in data 22/09/2017.

La presente attestazione è stata **rilasciata** in data 27/09/2017.

La Dichiarazione Sostitutiva Unica è **valida** fino alla data 15/01/2018.

Il Presidente

prof. TITO BOERI

Timbro dell'ente e firma dell'addetto
che consegna l'attestazione[3]

Prot.: INPS-ISEE-2017-04979959C-00

[1] Le prestazioni per le quali potrà essere utilizzato l'ISEE ordinario sono indicate sulla base delle informazioni fornite dal cittadino nella DSU

[2] Qualora ci si sia avvalsi della facoltà di considerare anche il nucleo familiare ristretto, consultare gli ISEE indicati nella relativa tabella riportata nelle pagine successive

[3] L'attestazione è priva di *"timbro dell'ente e firma dell'addetto che consegna l'attestazione"*, se resa disponibile dall'Inps mediante accesso all'area servizi del portale web, ovvero mediante posta elettronica certificata

Notaio Andrea Busato

PADOVA Via Aquileia n.6 - Tel. 049 504255 - Fax 049 503658
C.F. BSTNDR75P11G224N - P.IVA 04156580286
e-mail: notaiobusato@notariato.it
Pec: andrea.busato@postacertificata.notariato.it

Gentile Signora

Cod. Fisc.:

Fattura N° 311
del 30 giugno 2017

Rep. N. 1.988 del 10/05/2017

Descrizione: ATTO DI MUTUO

Descrizione	Rimborsi	Imponibili
Tassa iscrizione	35,00	
Tassa archivio	25,70	
Assicurzione		17,00
Cassa - C.N.N. - Tassa Collegiale		123,00
Servizi di adempimento		35,00
Onorario		758,85
TOTALI	**60,70**	**933,85**

Imponibile	933,85
Escluso IVA art. 15 cm. 3 DPR 633/72	60,70
IVA (22%)	205,45
TOTALE FATTURA	**1.200,00**

Deposito	1.200,00
Netto a pagare	0,00

Si chiede il protocollo differito alla data di ricevimento 03/04/2018
Firma

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

AREA RISORSE UMANE
Ufficio Trattamenti economici e Welfare
Galleria Storione, 8 – Padova 35122

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI ECONOMICI A FAVORE DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

La sottoscritta _____

CHIEDE

l'erogazione del beneficio economico per le spese sostenute per sé medesima/o e/o per le/i familiari a carico, negli/l'anno 2016, 2017, 2018 per un totale di € 3.344,20 relativo alla/e seguente/i fattispecie:

☐ **Art. 3 lett. a) del Regolamento – DECESSO** della/del dipendente, delle/i figlie/i, della/l coniuge (non separata/o) o convivente di fatto ex Legge n. 76/2016.
Indicare cognome e nome della/l richiedente o della/l familiare deceduta/o:

_____

Relazione di parentela con la/il richiedente: _____
Importo di spesa € _____

☐ **Art. 3 lett. b) del Regolamento - MALATTIE GRAVI**, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e di cura, non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N.:

Protocollo differito al 03/04/201
RISERVATO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA - Registratura
Anno..... Titolo VII Classe 10 Fascicolo.....
10 APR 2018
N.
UOR STIPENDI | CC | UPA

☐ spese per cure mediche € _____
☐ spese di degenza € _____
☐ spese di day hospital € _____
☐ spese riabilitative € _____
Importo di spesa totale € _____

☒ **Art. 3 lett. c) del Regolamento - SPESE MEDICHE,** non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N., sono escluse le spese per prestazioni e interventi di natura estetica:

☐ Spese mediche specialistiche € _____
☐ Spese per protesi € _____
☐ Spese per cure riabilitative € _____
☒ Spese farmaceutiche € 374,20
☐ Spese per cure odontoiatriche € _____
Importo di spesa totale € _____

☐ **Art. 3 lett. d) del Regolamento – FACILITARE L'INTEGRAZIONE E L'INCLUSIONE** per spese non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N:

☐ mezzi necessari all'accompagnamento, deambulazione, locomozione e sollevamento, compresi motoveicoli ed autoveicoli utili a facilitare l'autosufficienza di persone con invalidità certificata
€ _____

☐ benefici tecnici e informatici che facilitano l'autosufficienza e l'integrazione
€ _____

☐ spese sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche del proprio domicilio
€ _____

Importo di spesa totale € _____

☒ **Art. 3 lett. e) del Regolamento - BISOGNO ECCEZIONALE RILEVANTE** che richieda un notevole impeg economico e di cura, rientrano le spese per:

- ☐ sopravvenuta invalidità, certificata dall'INPS
- ☐ disabilità e/o handicap, certificati dall'INPS
- ☐ perdita del lavoro della/l coniuge non separata/o o della/l convivente di fatto ex Legge n. 76/2016 la cui stabile convivenza risulti da certificazione anagrafica al momento dell'evento (*purché si trovi al momento della richiesta in uno stato di disoccupazione certificata da almeno tre mesi e risulti iscritta/o al Centro per l'Impiego*).
- ☒ Altro RIFACIMENTO PARZIALE DI INTONACO E TINTEGGIATURA (LATO NORD PIANO TERRA E PRIMO PIANO) PER RIGONFIAMENTO E SFALDAMENTO INTONACO A CAUSA DI INFILTRAZIONI DI UMIDITA' (anni 2016 e 2018)

Importo di spesa totale € 2.970,00

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nata/o a _____ il _____
- Stato civile _____ Codice Fiscale: _____
- di essere residente a _____
  c.a.p. _____ Prov. _____ via _____
  (recapiti telefonici cellulare / ufficio) _____ - _____
- di essere in servizio presso questa Università con matricola n° _____
- Struttura/Servizio di afferenza _____
- che il n° di protocollo della DSU è INPS-ISEE-2018-02673502C-00 con valore dell'attestazione ISEE (ordinario / corrente / minorenni[1]) in corso di validità pari a € 14.135,11 (quattordicimilacentotrentacinque/11)
- che le spese sono/non sono[1] state oggetto di altri sussidi o r imborsi assicurativi per l'importo di € _____
- di aver effettuato/effettuerà[1] il recupero fiscale, delle spese mediche presentate, nella dichiarazione dei redditi.
- che la composizione familiare è la seguente (esclusa/o la/il richiedente) con indicazione delle/i familiari a carico della/l richiedente, qualora il rimborso sia richiesto anche per le spese sostenute per loro:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto con la/il richiedente	Familiare a carico (SI/NO)

ATTESTAZIONE ISEE

L'INPS attesta che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-2018-02673502C-00 presentata da

- il nucleo familiare del Dichiarante è così composto:

NUCLEO FAMILIARE DEL DICHIARANTE	Relazione con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice fiscale
	D			
	C			
	F			
	F			

- è stato calcolato il seguente indicatore:

ISEE ORDINARIO	l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente:	Euro	14.135,11

Nota Bene: l'ISEE ordinario sopra riportato è valido per la generalità delle prestazioni, salvo quanto di seguito specificato.

Ove siano richieste **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (di cui all'articolo 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n.159), **prestazioni agevolate rivolte a minorenni** (articolo 7), **prestazioni per il diritto allo studio universitario** (articolo 8), o **l'ISEE corrente** (articolo 9), l'attestazione potrà assumere specifiche connotazioni. Per tali prestazioni, con riferimento al nucleo familiare sopra indicato, **l'ISEE ordinario** potrà essere utilizzato nei seguenti casi:

- si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI[1] in favore di BSNGNN15T27G224H, BSNLRD14C05G224A;
- non si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO
- non si applica alle PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI

L'ISEE ordinario si applica inoltre alle **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non residenziali per persone maggiorenni e ai corsi di dottorato**, qualora non si intenda avvalersi della facoltà di considerare un nucleo familiare ristretto (composto dal beneficiario, dall'eventuale coniuge e dagli eventuali figli)[2].

- relativamente all'indicatore calcolato si fornisce la modalità di calcolo:

1 - MODALITÀ DI CALCOLO ISEE ORDINARIO		
	Somma dei redditi dei componenti del nucleo	Euro
	Reddito figurativo del patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazioni per spese e franchigie del nucleo	Euro
	Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	Euro
	Patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio mobiliare	Euro
	Patrimonio immobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio immobiliare	Euro
	Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	Euro
	Indicatore Situazione Economica (ISE)	Euro
	Parametro calcolato in base al numero di componenti del nucleo	
	Eventuali maggiorazioni applicate	
	Valore della scala di equivalenza	

Il calcolo dell'ISEE è stato effettuato in base ai dati autodichiarati ed a quelli derivanti dagli archivi dell'Agenzia delle Entrate e dell'INPS contenuti nel/i Quadro/i FC8 sezioni II e III.

La Dichiarazione Sostitutiva Unica INPS-ISEE-2018-02673502C-00 è stata presentata in data 16/03/2018.

La presente attestazione è stata rilasciata in data 18/03/2018.

La Dichiarazione Sostitutiva Unica è valida fino alla data 15/01/2019.

Il Presidente

prof. TITO BOERI

Timbro dell'ente e firma dell'addetto che consegna l'attestazione[3]

Prot.: INPS-ISEE-2018-02673502C-00

[1] Le prestazioni per le quali potrà essere utilizzato l'ISEE ordinario sono indicate sulla base delle informazioni fornite dal cittadino nella DSU

[2] Qualora ci si sia avvalsi della facoltà di considerare anche il nucleo familiare ristretto, consultare gli ISEE indicati nella relativa tabella riportata nelle pagine successive

[3] L'attestazione è priva di *"timbro dell'ente e firma dell'addetto che consegna l'attestazione"*, se resa disponibile dall'Inps mediante accesso all'area servizi del portale web, ovvero mediante posta elettronica certificata

PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI O A FAMIGLIE CON MINORENNI	COMPONENTI MINORENNI				
	Cognome	Nome	Codice fiscale	ISEE	ISEE calcolato
			E	14.135,11	ISEE ordinario
			E	14.135,11	ISEE ordinario

DIPINTORI FASSINA
di Scantamburlo Daniele

Rivestimento a cappotto – Cartongesso - Marmorino - Terre Fiorentine

FATTURA

CODICE FISCALE	PARTITA IVA	N° DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	PAG.
		16	03/04/2018	1

CONDIZIONI DI PAGAMENTO	BANCA D'APPOGGIO
Rimessa Diretta	CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO AGENZIA BORGORICCO IBAN: IT48 S062 2562 3901 0000 0001 004

DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITÀ	PREZZO UNITARIO	PREZZO TOTALE
Ripristino tinteggiatura esterna per problemi di umidità di risalita LATO NORD 1° PIANO			A corpo	€ 1.700,00

ANNOTAZIONI

RIF. DDT N. 15 DEL 03/04/2018

% IVA	IMPONIBILE	IMPOSTA	
10	1.700,00	170,00	
	TOTALE IMPONIBILE	**TOTALE IVA**	**TOTALE FATTURA**
	1.700,00	170,00	**€ 1.870,00**

SCADENZE

03/04/2018 € 1.870,00

Via Scardeone, 33/A – 35010 Borgoricco (PD) - Tel./Fax 049/93.35.132 – Cell. 347/888.74.65
C.Fisc. SCNDNL76H17B563X – P. IVA 03781790286
E-mail: dipintorifassina@teletu.it - daniele.scantamburlo@teletu.it - E-mail pec: dipintorifassina@pec.it

DIPINTORI FASSINA
di Scantamburlo Daniele

Rivestimento a cappotto – Cartongesso - Marmorino - Terre Fiorentine

E

FATTURA

CODICE FISCALE	PARTITA IVA	N° DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	PAG.
		64	31/12/2016	1

CONDIZIONI DI PAGAMENTO	BANCA D'APPOGGIO
Rimessa Diretta	CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO AGENZIA BORGORICCO IBAN: **IT48 S062 2562 3901 0000 0001 004**

DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITÀ	PREZZO UNITARIO	PREZZO TOTALE
Ripristino tinteggiatura esterna per problemi di umidità di risalita LATO NORD PIANO TERRA			A corpo	€ 1.000,00

ANNOTAZIONI

RIF. DDT N. 89 DEL 27/12/2016

% IVA	IMPONIBILE	IMPOSTA	
10	1.000,00	100,00	
	TOTALE IMPONIBILE	**TOTALE IVA**	**TOTALE FATTURA**
	1.000,00	100,00	**€ 1.100,00**

SCADENZE

31/12/2016 € 1.100,00

Via Scardeone, 33/A – 35010 Borgoricco (PD) - Tel./Fax 049/93.35.132 – Cell. 347/888.74.65
C.Fisc. SCNDNL76H17B563X – P. IVA 03781790286
E-mail: dipintorifassina@teletu.it - daniele.scantamburlo@teletu.it - E-mail pec: dipintorifassina@pec.it

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

AREA RISORSE UMANE
Ufficio Trattamenti economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6 – Padova 35122

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI ECONOMICI A FAVORE DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

La/Il sottoscritta/o _____ _____ _____

CHIEDE

l'erogazione del beneficio economico per le spese sostenute per sé medesima/o e/o per le/i familiari a carico, negli/ll'anno 2017/2018 per un totale di € ~~13.770,24~~ relativo alla/e seguente/i fattispecie:

~~12.813,05~~ 15.063,05

Art. 3 lett. a) del Regolamento – DECESSO della/del dipendente, delle/i figlie/i, della/l coniuge (non separata/o) o convivente di fatto ex Legge n. 76/2016.

Indicare cognome e nome della/l richiedente o della/l familiare deceduta/o:

_____

Relazione di parentela con la/il richiedente: _____

Importo di spesa € _____

Art. 3 lett. b) del Regolamento - MALATTIE GRAVI, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e di cura, non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N.:

spese per cure mediche	€	
spese di degenza	€	
spese di day hospital	€	
spese riabilitative	€	
Importo di spesa totale	€	

Protocollo differito al 27/09/2018 - RISERVATO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA - Registratura
Anno ..... Titolo VII Classe 10 Fascicolo .....
N. - 2 OTT 2010
UOR STIPENDI | CC | RPA

Art. 3 lett. c) del Regolamento - SPESE MEDICHE, non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N., sono escluse le spese per prestazioni e interventi di natura estetica:

Spese mediche specialistiche	€	2.738,95
Spese per protesi	€	50,00
Spese per cure riabilitative	€	~~[illegible]~~ 3772
Spese farmaceutiche	€	1269,55 ~~1293,04~~ + ~~[illegible]~~ 607,08
Spese per cure odontoiatriche	€	2.002,00
Importo di spesa totale	€	~~[illegible]~~ 10.439,58

Art. 3 lett. d) del Regolamento – FACILITARE L'INTEGRAZIONE E L'INCLUSIONE per spese non coperte o parzialmente coperte da contribuzione del S.S.N:

mezzi necessari all'accompagnamento, deambulazione, locomozione e sollevamento, compresi motoveicoli ed autoveicoli utili a facilitare l'autosufficienza di persone con invalidità certificata

€ 270,00

benefici tecnici e informatici che facilitano l'autosufficienza e l'integrazione

€ 1987,46

spese sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche del proprio domicilio

€ /

Importo di spesa totale € 2257,46

Art. 3 lett. e) del Regolamento - BISOGNO ECCEZIONALE RILEVANTE che richieda un notevole impegno economico e di cura, rientrano le spese per:

sopravvenuta invalidità, certificata dall'INPS

disabilità e/o handicap, certificati dall'INPS

perdita del lavoro della/l coniuge non separata/o o della/l convivente di fatto ex Legge n. 76/2016 la cui stabile convivenza risulti da certificazione anagrafica al momento dell'evento (*purché si trovi al momento della richiesta in uno stato di disoccupazione certificata da almeno tre mesi e risulti iscritta/o al Centro per l'Impiego*).

Altro_____

_____

Importo di spesa totale € 2366,00

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nata/~~o~~ a _____ _____ il _____
- Stato civile _____ _____ Codice Fiscale: _____ _____
- di essere residente a _____ _____

  c.a.p. _____ Prov. _____ via _____

  (recapiti telefonici cellulare / ufficio) _____ _____
- di essere in servizio presso questa Università con matricola n° _____ _____
- Struttura/Servizio di afferenza _____ _____ _____
- che il n° di protocollo della DSU è INPS-ISEE-2018 - 0219259SF-00 con valore dell'attestazione ISEE (ordinario / corrente / minorenni[1]) in corso di validità pari a € 24.834,03
- che le spese ~~sono~~/non sono[1] state oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi per l'importo di €

  _____
- di ~~aver effettuato~~/effettuerà[1] il recupero fiscale, delle spese presentate, nella/e dichiarazione dei redditi.
- che la composizione familiare è la seguente (esclusa/o la/il richiedente) con indicazione delle/i familiari a carico della/l richiedente, qualora il rimborso sia richiesto anche per le spese sostenute per loro:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto con la/il richiedente	Familiare a carico (SI/NO)

ATTESTAZIONE ISEE

L'INPS attesta che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-2018-02192595F-00 presentata da in data 01/03/2018

- il nucleo familiare del Dichiarante è così composto:

NUCLEO FAMILIARE DEL DICHIARANTE	Relazione con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice fiscale
	D			
	C			
	F			
	FC			

- è stato calcolato il seguente indicatore:

ISEE ORDINARIO	l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente: Euro 24.834,03

Nota Bene: l'ISEE ordinario sopra riportato è valido per la generalità delle prestazioni, salvo quanto di seguito specificato.

Ove siano richieste prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (di cui all'articolo 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n.159), prestazioni agevolate rivolte a minorenni (articolo 7), prestazioni per il diritto allo studio universitario (articolo 8), o l'ISEE corrente (articolo 9), l'attestazione potrà assumere specifiche connotazioni. Per tali prestazioni, con riferimento al nucleo familiare sopra indicato, l'ISEE ordinario potrà essere utilizzato nei seguenti casi:

si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI in favore di MSCRCR03A27G224W

si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO in favore di MSCNDR64L12G224Z, TSOCST66M62L736Q, MSCSFO95L64G224X

non si applica alle PRESTAZIONI AGEVOLATE DI NATURA SOCIO-SANITARIA RESIDENZIALI PER MAGGIORENNI

L'ISEE ordinario si applica inoltre alle prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non residenziali per persone maggiorenni e ai corsi di dottorato, qualora non si intenda avvalersi della facoltà di considerare un nucleo familiare ristretto (composto dal beneficiario, dall'eventuale coniuge e dagli eventuali figli) .

- relativamente all'indicatore calcolato si fornisce la modalità di calcolo:

1 - MODALITÀ DI CALCOLO ISEE ORDINARIO		
	Somma dei redditi dei componenti del nucleo	Euro
	Reddito figurativo del patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazioni per spese e franchigie del nucleo	Euro
	Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	**Euro**
	Patrimonio mobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio mobiliare	Euro
	Patrimonio immobiliare del nucleo	Euro
	Detrazione patrimonio immobiliare	Euro
	Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	**Euro**
	Indicatore Situazione Economica (ISE)	**Euro**
	Parametro calcolato in base al numero di componenti del nucleo	
	Eventuali maggiorazioni applicate	
	Valore della scala di equivalenza	

Il calcolo dell'ISEE è stato effettuato in base ai dati autodichiarati ed a quelli derivanti dagli archivi dell'Agenzia delle Entrate e dell'INPS contenuti nel/i Quadro/i FC8 sezioni II e III.

La Dichiarazione Sostitutiva Unica INPS-ISEE-2018-02192595F-00 è stata presentata in data 01/03/2018

La presente attestazione è stata rilasciata in data 03/03/2018

La Dichiarazione Sostitutiva Unica è valida fino alla data 15/01/2019

Timbro dell'ente e firma dell'addetto che consegna l'attestazione

IL PRESIDENTE

prof. TITO BOERI

TRIBUNALE ORDINARIO DI PADOVA

Prima Sezione Civile

VERBALE DI GIURAMENTO

OGGI 1.08.2017 NELL'INTESTATO TRIBUNALE INNANZI ALLA DOTT.SSA CARLA GATTA E' COMPARSO IL SIG. NATO A IVI RESIDENTE IN VIA NOMINATO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PROVVISORIO COME DA DECRETO DEL 27.07.2107 DI E RESIDENTE A IN , IL QUALE PRESTA GIURAMENTO DI RITO

RESO EDOTTO DEGLI OBBLIGHI PRESCRITTI PER L'ESERCIZIO DELL'INCARICO E PREVIA AMMONIZIONE DELL'IMPORTANZA DELL'ATTO, PRESTA IL GIURAMENTO DI RITO

" GIURO DI ESERCITARE L'UFFICIO DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PROVVISORIO CON FEDELTA' E DILIGENZA E MI IMPEGNO A REDIGERE INVENTARIO DEI BENI DELLA BENEFICIARIA O IN ALTERNATIVA A PRESENTARE DICHIARAZIONE DA CUI EMERGA CHE LA BENEFICIARIA NON SIA PROPRIETARIA DI BENI IMMOBILI, BENI MOBILI REGISTRATI O DI ALTRO DIRITTO REALE "

DOPO DI CHE IL , VIENE IMMESSO NEL POSSESSO DELLE FUNZIONI CONFERITE

ADS PROVVISORIO

IL SIG.

IL Giudice Tutelare

DOTTSSA CARLA GATTA

REGIONE DEL VENETO [illegible]
Dott. CREA [illegible]
Via Monte Crappa, 20 - Tel. [illegible]
Cod. Reg. 6024 - PADOVA

28/02/18

PADOVA

N. LETTO CON LE DOVUTE
MATERASSO ORTOPEDICO

A POLITRAUMATIZZATO
STRADALE.

REGIONE DEL VENETO [illegible]
Dott. CREA [illegible]
Via Monte Crappa, 20 - Tel. [illegible]
Cod. Reg. 6024 - PADOVA

CARRARO CASA
tende & materassi
CARRARO CASA snc di Carraro Loredana e Vally
Via Fornaci 173, 35129 Padova str.33253 - tel.049625321/fax049625930
www.carrarocasa.com - e.mail: info@carrarocasa.com
C.F. e P. IVA 00157840281 - Iscr. R.E.A. 162921 - Albo Artigiani 59557

Spett.le

Documento	Codice Fisc.	Partita Iva
FATTURA		IT.

Mod.Pagamento	Valuta	Data e Numero documento	Pag.n.
BON. BANCARIO VISTA FATTURA Banca Appoggio	Euro	08/06/2018 59	1

Cod.cliente Rif. Ordine

Descrizione	Un.Mis	Quantità	Importo Unitario	Sconti	Importo Totale	Iva
n. 2 Reti ortopediche in legno c/doghe in faggio						
a corpo.....	Pz.	1,00	442,6200		442,62	22
Pag.: Bonifico bancario vista fattura						

Luogo di destinazione merce	Netto merce
.	442,62

Sconto incond.	Sp. Imballo	Spese Trasporto	Sp.incasso	Tot.voci aggiuntive

Scadenze e importi rate	Iva	Imponibile	Imposta	Tot.IVA
540,00 23/06/2018	22%	442,62	97,38	97,38

Totale Fattura Euro 540,00

CARRARO CASA
tende & materassi
CARRARO CASA snc di Carraro Loredana e Vally
Via Fornaci 173, 35129 Padova str.33253 - tel.049625321/fax049625930
www.carrarocasa.com - e.mail: info@carrarocasa.com
C.F. e P. IVA 00157840281 - Iscr. R.E.A. 162921 - Albo Artigiani 59557

Spett.le

Documento	Codice Fisc.'	Partita Iva IT.
FATTURA		

Mod.Pagamento	Valuta	Data e Numero documento	Pag.n.
BON. BANCARIO VISTA FATTURA Banca Appoggio	Euro	08/06/2018 60	1

Cod.cliente Rif. Ordine

Descrizione	Un.Mis	Quantità	Importo Unitario	Sconti	Importo Totale	Iva
n. 1 Materasso matrimoniale ostro riestimento tenc rivestimento tencel.....	Pz.	1,00	1.496,7200		1.496,72	22
PRESIDIO MEDICO Venditore Carraro srl fatt. V438 del 31/05/18						
Pag.: Bonifico bancario vista fattura						

Luogo di destinazione merce	Netto merce
	1.496,72

Sconto incond.	Sp. Imballo	Spese Trasporto	Sp.incasso	Tot.voci aggiuntive

Scadenze e importi rate	Iva	Imponibile	Imposta	Tot.IVA
1.826,00 23/06/2018	22%	1.496,72	329,28	329,28

Totale Fattura Euro 1.826,00