

Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali

Domanda per l'erogazione del contributo di contrasto alla povertà di natura ordinaria

Il/La Richiedente

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / ___

Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara (ove necessario contrassegnarli con una X):

- di essere residente nel Comune di _____;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ minori con disabilità pari al ___%;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ adulti con disabilità pari al ___%;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ minori;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ persone in carico ai servizi socio-sanitari (SERT, RSA ecc.);
- di trovarsi nel seguente stato:
 - o disoccupato dal _____;
 - o inoccupato;
 - o in mobilità;
 - o famiglia monoparentale con presenza di figli minori, a seguito di vedovanza, separazione, stati di abbandono, ecc.;
 - o anziano ultrasessantacinquenne che vive da solo o in “convivenza anagrafica”.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

Allega, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;



Piano Sociale di Zona N34

- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato di invalidità e/o disabilità;
- _____;
- _____;
- _____.

Luogo e data: _____, __ / __ / ____.

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Richiedente
