

*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:
- disoccupato dal \_\_\_\_\_;
- inoccupato;
- in mobilità;
- famiglia monoparentale con presenza di figli minori, a seguito di vedovanza, separazione, stati di abbandono, ecc.;
- 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):**



Piano Sociale di Zona N34

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

\_\_\_\_\_