Richiesta contributo per prestazioni sociali

Al Sindaco del Comune
di Scorrano

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|_____|

residente a _____ dal _____|_____|_____|

in via/piazza _____ n._____ tel. _____

Codice Fiscale. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

CHIEDE

☐ A nome proprio

☐ Per conto di _____ in qualità di _____

munito di specifica delega e fotocopia del documento _____

nato/a a _____ Provincia _____ il _____|_____|_____|

residente a _____

in via/piazza _____ n._____ tel. _____

Codice Fiscale. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

grado di parentela _____

la concessione di **contributo economico urgente** per i seguenti motivi:

_____
_____
_____
_____

Inoltre il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28.12.2000 n.445

A. LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO, che risulta essere la seguente:
(indicare tutti i componenti del nucleo, anche se privi di reddito. Nella prima riga devono essere riportati i dati del beneficiario)

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Residenza	Reddito mensile
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

B. FAMILIARI NON CONVIVENTI TENUTI AGLI ALIMENTI

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Residenza	Reddito mensile
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

C. BENI PATRIMONIALI MOBILI ED IMMOBILI DEL NUCLEO DEL RICHIEDENTE

Casa di abitazione di proprietà

☐ SI (rendita catastale € _____)
(rata di mutuo € _____)

☐ NO Affitto con contratto debitamente registrato
(canone mensile € _____)

Altri immobili

☐ SI (Rendita € _____)

☐ NO

D. INDICA IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA QUALE PERSONA DI RIFERIMENTO PER IL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE:

Il Sig./La Sig.ra _____ nato/a a _____ il ___|___|_____|

residente a _____ via/piazza _____ n. ____

Tel._____ Codice Fiscale. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B: L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Allegato: ***Attestazione ISEE;***
Copia ricevute di pagamento (spese mediche ecc.)

Data Firma leggibile

_____ _____

Nell'impossibilità di firma da parte del beneficiario firma del familiare o del tutore

---

Spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

☐ è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;

☐ è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

_____ _____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.