



Amministrazione destinataria
Comune di Rivolta D'Adda

Ufficio destinatario
Servizi sociali e scolastici

Domanda di erogazione di contributo economico ordinario o straordinario

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter usufruire di un contributo economico ordinario o straordinario

- ordinario per la modifica ed il superamento di difficoltà temporanee (per un periodo massimo di sei mesi eccezionalmente prorogabile per ulteriori sei mesi)
- straordinario
 - decesso o malattia invalidante improvvisi di un significativo percettore di reddito all'interno del nucleo familiare
 - situazione di emergenza abitativa quale procedimento forzoso di rilascio dell'abitazione di nuclei familiari con membri fragili (anziani, disabili e minorenni)
 - situazione di patologia a carico di un componente del nucleo che comporti la fruizione indifferibile di servizi socio-assistenziali o sanitari
 - situazione di grave inadeguatezza dell'alloggio di nucleo familiare nel quale siano presenti membri fragili (anziani, disabili e minorenni) che richieda interventi urgenti di manutenzione dell'alloggio non ricadenti nella competenza di altri soggetti qualora finalizzati a garantire condizioni elementari di igiene e sicurezza
 - necessità di ripristino di utenze essenziali (energia elettrica, riscaldamento, acqua) a beneficio di nuclei familiari nei quali siano presenti membri fragili (anziani, disabili e minorenni) per l'importo necessario alla riattivazione della fornitura; il nucleo si impegnerà alla rateizzazione del debito residuo

specificare le motivazioni

Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)			
<input type="text"/>			

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

 componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

 componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

 componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

componente n. 4

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Rapporto di parentela					
Professione					

nominativo di riferimento

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

ulteriore nominativo di riferimento

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Rivolta d'Adda

Luogo

Data

il dichiarante