



Amministrazione destinataria  
Comune di San Martino Valle Caudina

Ufficio destinatario  
Ufficio Servizi Sociali

## Domanda di erogazione di contributo economico individuale diretto e straordinario

### Il sottoscritto

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"/>					
Residenza									
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"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

### 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

l'erogazione di contributo economico individuale

- per sè 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"/>					
Residenza									
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"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

per il seguente motivo

- bollette energia elettrica, gas o acqua arretrate, scadute o in scadenza
- sospensione della fornitura delle predette utenze
- affitto arretrato (in presenza di regolare contratto)
- sfratto esecutivo
- spese sanitarie non coperte da esenzione ticket e spese per l'acquisto di alimenti a favore di cittadini affetti da patologie (es. celiaci, diabetici) che non consentono una comune alimentazione
- spese straordinarie relative all'accudimento dei figli minori o al loro mantenimento

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

**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"/>	
Stato civile		Rapporto di parentela		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Professione		% Disabilità		
<input type="text"/>		<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"/>	
Stato civile		Rapporto di parentela		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Professione		% Disabilità		
<input type="text"/>		<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"/>	
Stato civile		Rapporto di parentela		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Professione		% Disabilità		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

**componente n. 4**

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

**domiciliazione bancaria o postale del conto corrente**

**Istituto**

**IBAN**

**Codice BIC (swift) (se conto estero)**

**Intestatario del conto corrente**

il sottoscritto è intestatario del conto corrente

l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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)*

documentazione comprovante lo stato di necessità

copia del documento di 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.

San Martino Valle Caudina

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**