

**Amministrazione destinataria**

Comune di Marene

**Ufficio destinatario**

PROTOCOLLO

**Domanda di erogazione di contributo economico individuale****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 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"/> |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| 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, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |

**per il seguente motivo**

Motivazione

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**

|                        |  |              |                              |                       |                     |
|------------------------|--|--------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Cognome</b>         |  | <b>Nome</b>  |                              | <b>Codice Fiscale</b> |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Data di nascita</b> |  | <b>Sesso</b> | <b>Luogo di nascita</b>      |                       | <b>Cittadinanza</b> |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Stato civile</b>    |  |              | <b>Rapporto di parentela</b> |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Professione</b>     |  |              | <b>% Disabilità</b>          |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |

**componente n. 2**

|                        |  |              |                              |                       |                     |
|------------------------|--|--------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Cognome</b>         |  | <b>Nome</b>  |                              | <b>Codice Fiscale</b> |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Data di nascita</b> |  | <b>Sesso</b> | <b>Luogo di nascita</b>      |                       | <b>Cittadinanza</b> |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Stato civile</b>    |  |              | <b>Rapporto di parentela</b> |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Professione</b>     |  |              | <b>% Disabilità</b>          |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |

**componente n. 3**

|                        |  |              |                              |                       |                     |
|------------------------|--|--------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Cognome</b>         |  | <b>Nome</b>  |                              | <b>Codice Fiscale</b> |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Data di nascita</b> |  | <b>Sesso</b> | <b>Luogo di nascita</b>      |                       | <b>Cittadinanza</b> |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Stato civile</b>    |  |              | <b>Rapporto di parentela</b> |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |
| <b>Professione</b>     |  |              | <b>% Disabilità</b>          |                       |                     |
|                        |  |              |                              |                       |                     |

**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.

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**