


**Amministrazione destinataria**

Comune di Molinella

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo

## Domanda di erogazione di un contributo economico per un familiare non autosufficiente

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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**

l'erogazione di un contributo economico riferito a

- sé stesso, in quanto soggetto non autosufficiente  
 altro membro del nucleo familiare non autosufficiente

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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"/>		

**di possedere il seguente ISEE**

<b>Importo</b>	<b>Data di rilascio</b>	<b>Data di scadenza</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

**di voler ricevere il versamento del contributo sul conto corrente bancario o postale**

**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 la condizione di non autosufficienza del beneficiario del contributo
- 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.

Molinella

Luogo

Data

il dichiarante