versione 1.0 del 18/09/2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amministrazione destinataria Comune di Adria  Ufficio destinatario Servizi Socio Assistenziali |  |

Domanda di contributo economico a sostegno del reddito familiare

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Data di nascita** | | **Sesso** | **Luogo di nascita** | | **Cittadinanza** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **Residenza** | | | | | | | |
| **Provincia** | **Comune** | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **CAP** |
|  |  | | |  | |  |  |
| **Telefono fisso** | | **Telefono cellulare** | | **Posta elettronica (indirizzo e-mail)** | **Posta elettronica certificata** | | |
|  | |  | |  |  | | |

# CHIEDE

di poter beneficiare del seguente contributo economico

|  |  |
| --- | --- |
|  | contributo economico straordinario (ai sensi dell'articolo 7 del Regolamento comunale) |
|  | contributo economico minimo vitale (ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento comunale) |
|  | altro |
| **Denominazone contributo** |
|  |

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

le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Importo ISEE anno** | **Data di rilascio ISEE** | **Numero di protocollo DSU** |
| € |  |  |

la seguente condizione lavorativa

|  |  |
| --- | --- |
|  | Occupato Attività svolta…………………………… Stipendio mensile……………………….. |
|  | Disoccupato Data inizio disoccupazione…………. …. Importo mensile…………………………. |
|  | Cassa integrazione mobilità Data inizio……………. ……………… Importo mensile………………………… |
|  | Pensionato Importo mensile………………………… |

□ DI PERCEPIRE L’ASSEGNO DI INCLUSIONE O SUPPORTO FORMAZIONE LAVORO IMPORTO MENSILE……………………………

□ DI PERCEPIRE L’ASSEGNO UNICO E UNIVERSALE PER I FIGLI A CARICO IMPORTO MENSILE…………………………...

□ ALTRE ENTRATE DEL NUCLEO FAMIGLIARE

(indennità di frequenza, assegno di mantenimento ecc…) IMPORTO MENSILE…………………………...

di convivere con



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Attività svolta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

di risiedere

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | in affitto | |
| **Costo affitto annuale** | **Importo mutuo mensile** |
| € | € |
|  | in immobile di proprietà | |
|  | in immobile in uso gratuito | |

# DICHIARA INOLTRE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **di essere coniugato con** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Data di nascita** | | **Sesso** | **Luogo di nascita** | | **Cittadinanza** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **Residenza** | | | | | | | |
| **Provincia** | **Comune** | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **CAP** |
|  |  | | |  | |  |  |
| **Attività svolta** | | | | | **Reddito mensile, pensione, invalidità** | | |
|  | | | | | € | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Data di nascita** | | **Sesso** | **Luogo di nascita** | | **Cittadinanza** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **Residenza** | | | | | | | |
| **Provincia** | **Comune** | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **CAP** |
|  |  | | |  | |  |  |
| **Telefono fisso** | | **Telefono cellulare** | | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata** | | |
|  | |  | |  |  | | |
| **Coniuge** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Lavoro sia del parente che del coniuge** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Data di nascita** | | **Sesso** | **Luogo di nascita** | | **Cittadinanza** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **Residenza** | | | | | | | |
| **Provincia** | **Comune** | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **CAP** |
|  |  | | |  | |  |  |
| **Telefono fisso** | | **Telefono cellulare** | | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata** | | |
|  | |  | |  |  | | |
| **Coniuge** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Lavoro sia del parente che del coniuge** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Data di nascita** | | **Sesso** | **Luogo di nascita** | | **Cittadinanza** | | |
|  | |  |  | |  | | |
| **Residenza** | | | | | | | |
| **Provincia** | **Comune** | | | **Indirizzo** | | **Civico** | **CAP** |
|  |  | | |  | |  |  |
| **Telefono fisso** | | **Telefono cellulare** | | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata** | | |
|  | |  | |  |  | | |
| **Coniuge** | | | | | | | |
| **Cognome** | | | | **Nome** | **Codice Fiscale** | | |
|  | | | |  |  | | |
| **Lavoro sia del parente che del coniuge** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**Specificare il motivo per cui si richiede il contributo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Elenco degli allegati**  *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)* | |
|  | copia del documento d'identità  *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)* |
|  | Attestazione ISEE |
|  | IBAN  Accertarsi che il conto sia intestato/cointestato al beneficiario e che non si tratti di un libretto postale che accetta bonifici solo per l’accredito di pensione o stipendio ma non per altre causali. |
|  | altri allegati (specificare) |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione  dell'istanza. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adria |  |  |
| **Luogo** | **Data** | **Il dichiarante** |