



COMUNE DI BROCCOSTELLA

PROVINCIA DI FROSINONE

CAP 03030 - Piazza Municipio,1 - Tel 0776/89281 - Fax 0776/871629 - Cod. Fisc. e Partita Iva 00283490605
e-mail: info@comune.broccostella.fr.it – p.e.c.: comunebroccostella@interfreepec.it

ALLEGATO C

**AI SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI BROCCOSTELLA**

___/___/___ sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Carta Identità n° _____ rilasciata da _____

residente a _____ in via _____ n° _____

recapiti telefonici _____

indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO STRAORDINARIO UNA TANTUM PER EMERGENZA COVID-19

A TAL FINE DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

CHE IL NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO DA:

(IL NUCLEO FAMILIARE DICHIARATO DEVE ESSERE CORRISPONDENTE A QUELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA)

indicare nome cognome data di nascita e grado di parentela (madre, padre, figlio ecc.) e occupazione (studente, lavoratore, disoccupato, pensionato...)

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	OCCUPAZIONE

1. **DI AVERE LA CITTADINANZA**

ITALIANA

DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA

DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA, IN POSSESSO DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSODI VALIDITA'

2. DI ESSERE BENEFICIARIO DEL REDDITO DI CITTADINANZA

- SI IMPORTO € _____
 NO

3. DI ESSERE BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI DISOCCUPAZIONE

- SI - IMPORTO € _____
 NO

4. DI ESSERE TITOLARE DI PARTITA IVA

- SI
 NO

5. DI ESSERE BENEFICIARIO DI PENSIONE (SPECIFICARE IL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE TITOLARE DI PENSIONE)

- SI - IMPORTO € _____
 NO

6. DI ESSERE BENEFICIARIO DI CASSA INTEGRAZIONE

- SI - IMPORTO € _____
 NO

7. DI NON AVERE ATTUALMENTE DISPONIBILITA' FINANZIARIA PER PROVVEDERE AI BENI DI PRIMA NECESSITA'

- SI
 NO

8. DI AVERE NECESSITA' DI ACQUISTARE

- FARMACI SI NO
GENERI ALIMENTARI SI NO

SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

IL SOTTOSCRITTO SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA:

- ✓ di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione in merito alle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/00;
- ✓ di assumersi la responsabilità di informare repentinamente l'Ufficio dei Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;
- ✓ di aver preso visione della delibera di giunta comunale n _____.

Luogo e data, _____

FIRMA _____

Il sottoscritto dichiara di ricevere:

n. _____ buoni da € 5,00 - N° di Serie: _____

n. _____ buoni da € 10,00 - N° di Serie: _____

n. _____ buoni da € 20,00 - N° di Serie: _____

del valore complessivo di Euro _____

FIRMA PER RICEVUTA

Il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13 e 14 GDPR (Regolamento UE 679/2016) in ottemperanza al D.Lgs. n° 101 del 10/08/2008, per cui i dati personali trattati dal Servizio Sociale del Comune di Broccostella sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici.

DATA

FIRMA
