



Amministrazione destinataria

Comune di Settefrati

Ufficio destinatario

Servizi Demografici

## Domanda di erogazione bonus spesa

### 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 bonus spesa

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### 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, familiare, tutore legale, ecc.) |        |           |                  |        |                |         |       |       |                              |     |

**per il seguente motivo****Motivazione**

- generi alimentari
- abbigliamento
- materiale didattico
- spese mediche (per farmaci o prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale non assicurate dal S.S.N. dietro prescrizione del medico di base o dello specialista convenzionato con l'A.S.L.). ecc.

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**

di non svolgere attività lavorativa

**il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE****Importo**

€

**Data di rilascio****Data di scadenza**

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

 **componente n. 1****Cognome****Nome****Codice Fiscale****Data di nascita****Sesso****Luogo di nascita****Cittadinanza****Stato civile****Rapporto di parentela****Professione****% Disabilità** **componente n. 2****Cognome****Nome****Codice Fiscale****Data di nascita****Sesso****Luogo di nascita****Cittadinanza****Stato civile****Rapporto di parentela****Professione****% Disabilità** **componente n. 3****Cognome****Nome****Codice Fiscale****Data di nascita****Sesso****Luogo di nascita****Cittadinanza****Stato civile****Rapporto di parentela****Professione****% Disabilità**

**componente n. 4**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

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 dell'attestazione ISEE
- copia del documento d'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.

Settefrati

Luogo

Data

il dichiarante