



Comune di Calvagese della Riviera
Ufficio Servizi Sociali

Richiesta del contributo regionale di solidarietà anno 2020

Il sottoscritto

| | |
|---------|------|
| cognome | nome |
|---------|------|

| | | |
|-----------------|------------------|--------------|
| Data di nascita | Luogo di nascita | cittadinanza |
|-----------------|------------------|--------------|

| | | |
|---------------------|---------------------------|-----|
| Comune di residenza | Indirizzo e numero civico | cap |
|---------------------|---------------------------|-----|

| | | |
|---------------------|-----------|--------|
| Telefono abitazione | Cellulare | e-mail |
|---------------------|-----------|--------|

| |
|----------------|
| Codice fiscale |
|----------------|

Assegnatario dell'alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica di proprietà comunale:

| |
|--|
| Sito in via/piazza _____ numero civico _____ piano _____ |
| Codice identificativo alloggio _____ |

COMUNICA

Di trovarsi in una condizione di difficoltà economica tale da non consentire di sostenere i costi della locazione sociale

CHIEDE

Di beneficiare del Contributo Regionale di Solidarietà anno 2020 ai sensi della L.R. 16/2016

Valendosi della facoltà prevista dall'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art. 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHA

| | |
|--|------|
| Che l'ISEE in corso di validità corrisponde a: | Euro |
|--|------|

Che il nucleo familiare è così composto:

| Cognome | Nome | Rapporto di parentela con l'assegnatario |
|---------|------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Che nel corso dell'ultimo anno sono subentrati i seguenti nuovi eventi:

| | Descrizione | Dalla data | Cognome | nome |
|--------------------------|---|------------|---------|------|
| <input type="checkbox"/> | Riduzione orario di lavoro/lavoro a intermittenza | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cassa integrazione | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cessazione attività lavorativa | | | |
| <input type="checkbox"/> | Uscita dal nucleo familiare | | | |
| <input type="checkbox"/> | Decesso | | | |
| <input type="checkbox"/> | Assenza (es. ricovero, ecc.) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Altro evento | | | |

Che nel corso dell'ultimo anno sostiene spese continuative dovute a:

| | Descrizione | Importo € |
|--------------------------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Spese farmaceutiche | |
| <input type="checkbox"/> | Cure dentistiche | |
| <input type="checkbox"/> | Protesi e ausili (occhiali, carrozzine, ecc.) | |
| <input type="checkbox"/> | Visite mediche | |
| <input type="checkbox"/> | Spese funerarie | |
| <input type="checkbox"/> | Multe | |
| <input type="checkbox"/> | Altro (specificare) | |

Ulteriori annotazioni utili alla valutazione della richiesta:

Allega:

- certificazione ISEE
- copia fotostatica del documento di identità

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

data _____

firma _____