



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 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 Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

data _____

firma _____