



Amministrazione destinataria

Comune di Basiglio

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

## Concessione di un contributo economico

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
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

- richiesta di un contributo
- rinnovo di un contributo

per conto

- della propria persona
- del beneficiario sotto riportato

Relazione di parentela con il richiedente

### Beneficiario (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal richiedente)

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

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

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Invalidità civile/Accompagnamento

*Grado di parentela (\*): coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

che i parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C. e segg.) non conviventi sono

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Residenza	Professione (**)

*Grado di parentela (\*):  
coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

*Professione (\*\*):  
studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

### DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che nel caso in cui non si forniscono i dati e le informazioni richieste nel presente modulo, non si darà corso all'istruttoria per la concessione del beneficio richiesto
- che non percepisce nessun contributo/indennità a qualunque titolo percepito e da chiunque erogato
- di autorizzare visite domiciliari da parte di operatori sociali del Comune di Basiglio al fine di valutare e monitorare il bisogno dell'assistenza prestata
- di comunicare tempestivamente altri eventuali motivi che facciano venir meno la necessità del beneficio richiesto
- di non essere fruitore di servizi, prestazioni o altri benefici finalizzati alla copertura assistenziale complessiva del medesimo bisogno
- di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli atti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi della L. 109/98 e 130/00
- di voler essere contattato per eventuali comunicazioni tramite

Fax, email, posta, telefono o cellulare

di scegliere, ai fini dell'erogazione del contributo economico concesso, una delle seguenti modalità di riscossione

direttamente sul conto corrente o conto postale

Numero

intestato a (il conto deve essere intestato o co-intestato al beneficiario)

ABI	CAB	CIN	Banca (Ufficio Postale)

Agenzia di

Del Comune di

- mediante mandato di pagamento intestato al beneficiario o ad un suo delegato: a tal fine dichiara di delegare alla riscossione del contributo concesso il sig./la sig.ra

### Il delegato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

### DICHIARA INOLTRE

che percepisce i seguenti contributi/indennità

- contributi percepiti dal Comune

Nell'anno di rendicontazione

- contributi percepiti da altri enti

Nell'anno di rendicontazione

- reddito non soggetto a IRPEF
- indennità di invalidità
- indennità di accompagnamento
- altro

Specificare

per un totale di

Specificare

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)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- attestazione ISEE in corso di validità
- certificato di invalidità
- eventuale certificazione medica
- 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.

Basiglio

Luogo

Data

il dichiarante