



COMUNE DI SAN MICHELE DI GANZARIA

- CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA -

Via Roma,82 – 95040 – San Michele di Ganzaria (CT), tel.0933 971009-012

www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it – email: sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it

C.F. 82002180873 – P. I.V.A. 01180410878

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente

in San Michele di Ganzaria in via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

Codice fiscale _____

con la presente,

INOLTRA

Istanza di contributo assistenziale per cittadini indigenti per assegnazione del seguente beneficio:

- SUSSIDIO STRAORDINARIO**
- SUSSIDIO TEMPORANEO**
- SUSSIDIO MENSILE**
- SERVIZIO A DOMANDA INDIVIDUALE**
- SERVIZIO DOMICILIARE**
- PACCO ALIMENTARE**
- ALTRO** _____

E a tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.77 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi dell'art.485 del c.p. e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. che l'**ISEE Corrente** (allegato alla presente) ammonta a € _____

2. l'**ABITAZIONE** in cui risiedo è:

- proprietà*
- in locazione:*
- con mutuo:*

3. che la **PROPRIA SITUAZIONE** personale è la seguente:

- disoccupato
- occupato



COMUNE DI SAN MICHELE DI GANZARIA

- CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA -

Via Roma,82 – 95040 – San Michele di Ganzaria (CT), tel.0933 971009-012

www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it – email: sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it

C.F. 82002180873 – P. I.V.A. 01180410878

4. che nell'anno _____

- **HA percepito** i seguenti contributi distrettuali/regionali/statali a sostegno del reddito e/o delle spese domestiche non comprese nella certificazione ISEE:

_____ di € _____;

_____ di € _____;

_____ di € _____;

- NON HA** percepito contributi distrettuali/regionali/statali a sostegno del reddito e delle spese domestiche:

Il sottoscritto chiede che, in caso di riconoscimento del beneficio economico, il pagamento avvenga tramite:

- mandato di pagamento intestato al sottoscritto;

- mandato di pagamento intestato a _____
C.F. _____ Via _____
(in caso di impossibilità a firmare o impossibilità al ritiro contributo)

- accredito sul C/C _____ IBAN _____
presso _____ filiale di _____

- a mezzo Servizio Sociale (solo casi eccezionali)

- Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni sul trattamento dei propri dati personali ai sensi dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Si allega:

- copia CARTA IDENTITÀ del dichiarante e dell'eventuale delegato;
- copia CODICE FISCALE del dichiarante e dell'eventuale delegato;
- copia ATTESTAZIONE ISEE (scadenza _____)
- copia codice IBAN in caso di richiesta di accredito sul c/c
- documentazione varia attestante dichiarazioni sopra riportate: _____

San Michele di Ganzaria, li _____

Firma



COMUNE DI SAN MICHELE DI GANZARIA

- CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA -

Via Roma,82 - 95040 - San Michele di Ganzaria (CT), tel.0933 971009-012

www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it - email: sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it

C.F. 82002180873 - P. I.V.A. 01180410878

NOTE RISERVATE ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE

CATEGORIA: ANZIANO
 INVALIDO
 GENERICITÀ CITTADINI
 CASI PARTICOLARI _____

NUOVA ISTANZA RINNOVO (già erogato nel _____)

CONTRIBUTO MENSILE riconosciuto € _____

CONTRIBUTO COMPLESSIVO (mensile x n. ____ mensilità) € _____

Note: _____

DOMANDA RESPINTA per:

- Domanda incompleta - dati mancanti _____
 ISEE SUPERIORE
 altro _____

VALUTAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE (breve relazione):

Data _____

A.S. _____