



## 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](http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it) – [sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it](mailto:sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it)

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a 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. che l'**ABITAZIONE** in cui risiedo è:

- di 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](http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it) – [sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it](mailto: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, lì \_\_\_\_\_

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](http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it) - [sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it](mailto: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. \_\_\_\_\_