

Al Responsabile Servizi Sociali  
COMUNE DI SPARANISE

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO**  
(Esente bollo ai sensi del D.P.R. 642/72 e succ. mod. e D.P.R. 955/82)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo economico ordinario/straordinario/rimborso spese disabili per sé stesso e per i propri familiari per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- 1) Di essere residente del Comune di Sparanise;
- 2) Che per l'anno ..... l'ISEE del proprio nucleo familiare è stato di € .....
- 3) Di essere attualmente in stato di disoccupazione/in occupazione con iscrizione in data ..... e dichiarazione di disponibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 181/2000 e s.m.i., resa in data.....
- 4) Di aver effettuato nel ..... trimestre 200.. n. .... presenze c/o il .....
- 5) Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME E NOME	RELAZIONI PARENTELA	DATA DI NASCITA
1		Richiedente	
2			
3			
4			
5			

Allega alla presente:

- copia documento di riconoscimento
- documentazione relativa alle spese sostenute o da sostenere
- copia certificato ISEE per l'anno ..... ( non allegare se già presentato all' Ente ) (\*)
- attestato presenze centri riabilitativi;
- copia decreto L. 104/92

Sparanise, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) - L'anno antecedente a quello in cui si sottoscrive la domanda.