Modulo di richiesta

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI STRAORDINARI

(GRAVI PATOLOGIE – Scadenza 31/10/2023)

Al Sig. Sindaco del
Comune di POGGIOMARINO
Settore AFFARI SOCIALI
80040 POGGIOMARINO

Oggetto: Richiesta di contributo straordinario per Gravi Patologie.

__l__ sottoscritt__ _____, nato il ____/____/_____ a _____ - C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e residente a **POGGIOMARINO** dal _____, in Via/Piazza _____ n. _____ - Tel. _____, in qualità di:

☐ Diretto interessato

☐ Familiare (della persona per cui si chiede il contributo)

☐ Altro _____

(specificare se medico di MMG, CAF, Patronato, Associazione, ecc.)

CHIEDE

☐ La concessione di un contributo straordinario per sé stess__.

☐ La concessione di un contributo straordinario per la persona di seguito indicata:*

Sig. _____ - Tel. _____;

Luogo e data di nascita _____ il ___/___/_____;

Residenza POGGIOMARINO - Via/Piazza _____ n. ____.

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalla normativa vigente per coloro che rendono dichiarazioni false e/o incomplete, che le notizie fornite corrispondono a verità.

Si allega la seguente documentazione:

1) verbale di invalidità civile e/o il verbale di disabilità attestante la condizione di gravità;
2) certificazione sanitaria attestante il trattamento chemio e/o radioterapico;
3) Copia del Documento di Identità e del Codice Fiscale del richiedente
4) Copia del Documento di Identità e del Codice Fiscale del beneficiario (nel caso che la domanda sia presentata per conto di altra persona)

****

Poggiomarino, ___/___/_____

In fede

_____

* Indicare le generalità della persona per la quale si richiede il contributo