


| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Amministrazione destinataria Comune di Calalzo di Cadore</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio relazioni con il pubblico - URP, ufficio sociale</p> | |
|---|--|--|

Domanda di erogazione di contributo economico individuale

| Il sottoscritto | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata |
| | | | | |

CHIEDE

l'erogazione di contributo economico individuale

| <input type="radio"/> | per sè stesso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|--------------|----------------|--|--|--|-----------------|-------|------------------|--------------|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table> | | Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | | Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | | | | In qualità di (*) | | | | | | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di (*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di ()*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| attualmente residente in | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------|--|--|--------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Provincia | Comune | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| per il seguente motivo |
|------------------------|
| Motivazione |
| |

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | relazione assistente sociale |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Calalzo di Cadore

Luogo

Data

Il dichiarante