

Allegato f)

AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI
FAGGIANO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

E/mail _____ Telefono _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

ai sensi dell'art 17 del Regolamento comunale (approvato con deliberazione di C.C. n. ___ del _____), il riconoscimento del beneficio economico in favore delle **FAMIGLIE CON DISAGIO SOCIO- ECONOMICO**

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28.12.2000 n.445, per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, formano atti falsi o ne fanno uso,

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare, alla data della domanda, è composto dalle seguenti persone:

	Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela
1				
2				
3				
4				
5				

A tal fine allega alla presente autocertificazione:

- d) Modello ISEE relativo all'ultima dichiarazione dei redditi disponibile o, in alternativa, relativa autocertificazione, resa ai sensi del DPR n. 445/2000 e s.m.i, attestante i seguenti dati:
 - 4. numero attestazione Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
 - 5. data DSU;
 - 6. valore della Situazione Economica Equivalente
- e) Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente;
- f) Ulteriore documentazione comprovante lo stato di bisogno.

Faggiano, li ___/___/_____

Il/la richiedente