

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO A FAVORE DEI
NUCLEI FAMILIARI COLPITI DAGLI EVENTI ALLUVIONALI DEL 18.11.2013
MODELLO B**

**Alla Croce Rossa Italiana
Comitato Centrale
via Toscana n. 12
00187 – ROMA**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome Nome

Sesso

Data di Nascita

Codice Fiscale

Comune di nascita

Provincia di nascita

(in caso di aventi diritto minori o incapaci il genitore/tutore compili anche questa sezione¹) per sé ed anche in qualità di esercente la potestà o tutela sui seguenti minori/incapaci :

	Legame con il dichiarante	Nome Cognome	C.F.	Data di nascita
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

¹ Nel caso cui tra i familiari aventi diritto al contributo vi siano minori di 18 anni o incapaci, la domanda deve essere sottoscritta nell'interesse e per conto degli stessi da chi esercita la potestà (cioè uno dei genitori) o la tutela (cioè il tutore).

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo a favore dei nuclei familiari colpiti dagli eventi alluvionali del 18 novembre 2013.

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) consapevole delle sanzioni, anche penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione od uso di atti falsi, compresa l'esclusione e/o la decadenza da eventuali benefici, richiamate dagli artt. 75 e 76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

RESIDENZA

Indirizzo

Cap

Comune

Provincia

DOMICILIO *(compilare solo se differente dalla residenza)*

Indirizzo

Cap

Comune

Provincia

NUCLEI FAMILIARI

Reddito ISEE*

Familiari a carico n.

N. figli

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

	Legame con il dichiarante	Nome Cognome	C.F.	Data di nascita
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
15				
16				

* Indicatore della situazione economica equivalente

SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI

Presenza nel nucleo familiare di soggetti con invalidità pari o superiore al 67%

Presenza nel nucleo familiare di soggetti ultrasessantacinquenni

Presenza nel nucleo familiare di soggetti minori di anni dodici

ABITAZIONE

L'Unità immobiliare è abitazione principale e continuativa del nucleo?

L'Unità immobiliare è stata distrutta in tutto od in parte ed è stata oggetto di provvedimento di sgombero?

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMMOBILE

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap

ALLEGATI

1. Certificazione attestante la residenza o il domicilio in uno dei Comuni di cui all'allegato 1
2. Provvedimento di sgombero dell'immobile rilasciato dalle autorità competenti
3. Certificato ISEE
4. Certificazione attestante la presenza nel nucleo familiare di soggetti con invalidità pari o superiore al 67%, di ultrasessantacinquenni o minori di anni dodici
5. Documento di identità

LIQUIDAZIONE

Il/La sottoscritto/a chiede che la liquidazione del contributo in oggetto, avvenga mediante

e, nel caso di bonifico, comunica le seguenti coordinate:

BANCA

AG./FILIALE DI

CC INTESTATO A

CODICE IBAN

COMUNICAZIONI

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente procedimento al seguente indirizzo:

Indirizzo

Cap

Comune

Provincia

Telefono

Indirizzo email

Cell.

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

Note ulteriori a cura del dichiarante o ufficio intermediario

--

PAGINA CONCLUSIVA

Il sottoscritto dichiara di aver compilato tutte le pagine (da 1 a 6) :

Informativa sulla Privacy ai sensi del D.Lgs 196/2003

Io sottoscritto

Dichiaro di aver letto e accettato l'informativa sulla privacy e sono consapevole che il trattamento dei dati e' necessario per consentire l'istruttoria delle domande per l'erogazione dei contributi

Acconsento al trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", e s.m. e i., per le finalità in esso previste.

Luogo

Data

Firma
