

**RICHIESTA INTERVENTO DI SOSTEGNO ECONOMICO  
- ACCORDO SINDACALE 2018-**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

Carta di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

- Consapevole, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal Testo Unico in materia di documentazione amministrativa, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

- **Consapevole che, in caso di debiti o anticipazioni a mio carico non ancora saldati, il contributo verrà trattenuto per saldare totalmente o parzialmente la situazione**

- Consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli circa la veridicità dei dati presentati;

**CHIEDE**

per il proprio nucleo familiare

per conto di \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ e residente a Nave in Via \_\_\_\_\_  
(allegare copia documento di identità)

**IL SEGUENTE INTERVENTO DI SOSTEGNO ECONOMICO:**

- **Buoni farmacia da spendere presso:**

**1. Farmacia Comunale**

**2. Farmacia Sant'Orso**

- **Contributo**

- **Esonero parziale/totale TARI;**

con erogazione:  Allo sportello  Con delega a \_\_\_\_\_  
(indicare nominativo e codice fiscale)

Con bonifico bancario. IBAN \_\_\_\_\_  
Intestato a: \_\_\_\_\_

ALLEGO ATTESTAZIONE **ISEE** IN CORSO DI VALIDITA' PER DETERMINAZIONE CONTRIBUTO

**Autorizzo, in caso di debiti a carico di uno dei componenti del mio nucleo familiare o di anticipazioni emesse a vostro favore e non ancora restituite, a trattenere l'importo del contributo farmaci e/o riscaldamento a copertura del debito/anticipazione.**

Nave, il \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_