

Sez. A) di svolgere le seguenti attività:

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	LAVORO DIPENDENTE	LAVORO CONVENZIONATO

di essere pensionato/a dal: ____/____/____;

che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

 celibe/nubile separato/a coniugato/a vedovo/a

Cognome e nome del coniuge _____	Data e luogo di nascita _____
--	---

Altre persone conviventi:

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

CHIEDE

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

mediante accredito sul c/c bancario o postale acceso a proprio nome presso:

ISTITUTO DI CREDITO/ UFF.POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>			(per pagamento verso Paesi Europei)		

cointestato con: _____

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)_____
(firma per esteso del dichiarante)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):

1. Copia stato di famiglia;
2. Perizia giurata dalla quale risultino i danni subiti e la loro diretta dipendenza dalla calamità naturale;
3. Copia contratto di mutuo e dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che per il mutuo richiesto non è stato percepito altro contributo;
4. Copia atto di proprietà (o di usufrutto) dell'immobile per il quale si richiede il sussidio;
5. Copia documento di identità.

“AVVERTENZE”

1. Il modulo va compilato in ogni sua parte;
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. In caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore).