

MODULO RICHIESTA
Al Sindaco del Comune di Pomigliano d'Arco

Ai Servizi Sociali

**OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ “POMIGLIANO AIUTA”
SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA' PER ACQUISTO PARAFARMACI
PRIMA INFANZIA PRESSO LE FARMACIE MUNICIPALI - DOMANDA**

Il/la Sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____ residente in

alla via/piazza _____ Telefono/cellulare _____

e-mail _____

Vista la deliberazione di G.C. n. 106 del 8.06.21

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL BENEFICIO DEL FONDO SOLIDARITÀ “POMIGLIANO AIUTA”

A tale scopo, ai sensi del D.P.R. n.445, consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

Nome	Cognome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Parentela

- Che il numero di componenti in età compresa da 0 a 3 anni è _____;
- Che l'ISEE in corso di validità è pari a € _____
- Che né lo scrivente né alcuno dei componenti il proprio nucleo familiare è stato condannato in via definitiva ai sensi dell'art. 416 bis c.p. o ha riportato condanne per i reati contestati per l'aggravante di cui all'art. 7 del d.l. 152/1991 convertito con legge 203/1991.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati sopra indicati

Ai sensi del D.lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n.679/2016, il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente dichiarazione potranno essere utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad essa collegata.

Si allega documento d'identità e codice fiscale

Data _____ Luogo _____

Firma leggibile