

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE BUONO SOCIALE  
SOSTEGNO ALLA NATALITA'**

Il/La sottoscritto/a (cognome) ..... (nome) .....,  
nato/a a ..... prov. .... il.....,  
residente a .....Via/P.zza ..... n. ....,  
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento): Tel ...../..... Tel ...../.....

**CHIEDE**

che il/la minore (cognome) ..... (nome) .....,  
nato/a a ..... prov. .... il.....,  
residente a .....Via/P.zza ..... n. ....,  
sia inserito/a nella graduatoria (anno .....) per l'assegnazione del Buono Sociale – sostegno alla natalità (L. 289/2002 art. 46 - comma 2).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

che il/la minore:

- non è inserito/a in strutture residenziali o semiresidenziali;
- non è stato/a riconosciuto/a invalido/a civile;
- è stato/a riconosciuto/a invalido/a civile (come da verbale numero ..... in data ..... rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di ..... )

• che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Invalidità civile/indennità di accomp. (indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che usufruisce dei seguenti servizi domiciliari o che ha richiesto (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo è stato richiesto
S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare - Comunale)		

## CHIEDE

che la riscossione di eventuali benefici economici possa avvenire tramite:

**assegno circolare** intestato a .....  
 residente a ..... Via/P.zza ..... n° .....  
 C.F. ....

**accredito sul seguente c/c bancario:**

Banca ..... Agenzia/Filiale di .....  
 C/C n° ..... Codice ABI ..... Codice CAB .....  
 Intestato a ..... residente a .....  
 Via/P.zza ..... n° ..... C. F. ....

**accredito sul seguente c/c postale:**

Ufficio Postale di ..... Agenzia/Filiale di .....  
 C/C n° ..... Codice ABI ..... Codice CAB .....  
 Intestato a ..... residente a .....  
 Via/P.zza ..... n° ..... C. F. ....

### Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.

Allegati:

- Dichiarazione sostitutiva unica (ISEE);
- Certificato di disabilità rilasciato dall'ASL.
- Copia documento d'identità del genitore firmatario

Data

In Fede