



CITTÀ DI GIOVINAZZO

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI
Assessorato Politiche Sociali
Piazza Vittorio Emanuele II 70054 Giovinazzo (BA)
0803945151

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: istanza di contributo

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Giovinazzo

in Via _____ n. _____, telefono _____

trovandosi in condizioni di disagio socio-economico

CHIEDE

- la concessione di un contributo economico
- la concessione di un contributo per l'assistenza sanitaria farmaceutica.

A tal fine, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, è soggetto alle sanzioni di cui all'art. 496 del Codice Penale, allega:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Copia documento di riconoscimento
- Copia Codice Fiscale

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni e qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi.

Giovinazzo,

Il richiedente

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali, per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. Il titolare del trattamento è il Comune di Giovinazzo.

Giovinazzo,

Il richiedente