



**COMUNE DI ELINI  
PROVINCIA OGLIASTRA**

**Al Sindaco  
del Comune di Elini**

**RICHIESTA ASSISTENZA ECONOMICA ORDINARIA E/O STRAORDINARIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (allegare documento d'identità)

**CHIEDE**

Che venga disposto

Per se stesso

Per il sig/ra \_\_\_\_\_

un intervento di Assistenza Economica

Ordinaria

Straordinaria per \_\_\_\_\_ per un importo pari a  
€ \_\_\_\_\_ (allegare preventivo e pezze giustificative)

**Si impegna a presentare tutta la documentazione sociale, sanitaria ed economica eventualmente richiesta dal Servizio Sociale.**

Consapevole delle sanzioni penali richiamate degli art. 76 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui art. 75 e 76 del citato D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare/nucleo del soggetto interessato è così composto:

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	ETA'	PROFESSIONE	ENTRATE ECONOMICHE

**Richiedente:**

Occupazione Lavorativa

Svolge attività lavorativa      SI   NO

Fissa                      Quale \_\_\_\_\_

Saltuaria                Quale \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Retribuzione mensile \_\_\_\_\_

È disoccupato                      SI   NO

Iscrizione alle liste di Collocamento Ufficio del Lavoro dal \_\_\_\_\_

Usufruisce di indennità di disoccupazione      SI   NO

Ultima occupazione in qualità di \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Casalinga

Pensionato/a

Tipo di pensione \_\_\_\_\_

Importo mensile \_\_\_\_\_

Invalidità al \_\_\_\_\_%

Riconoscimento handicap grave ai sensi della Legge 104/92

definitivo dal \_\_\_\_\_

temporaneo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Coniuge:**

Occupazione Lavorativa:

Svolge attività lavorativa      SI   NO

Fissa                      Quale \_\_\_\_\_

Saltuaria                Quale \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Retribuzione mensile \_\_\_\_\_



Nel caso di esito positivo della domanda si chiede che il contributo venga liquidato con la seguente modalità:

Quietanza diretta presso il Banco di Sardegna (specificare beneficiario):

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Accredito su C/C IBAN:

\_\_\_\_\_

costituito presso \_\_\_\_\_ agenzia di  
\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei suddetti dati personali ai sensi della Legge 675/96 e del successivo Decreto Legislativo n° 196 del 30 Giugno 2003.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_