

Al comune di _____

c.a. Ufficio Servizi Sociali

AMBITO DISTRETTUALE SARNESE VESUVIANO**EMERGENZA COVID 19**

Esenzione dal pagamento per i consumi relativi al periodo 1 marzo – 31 maggio 2020

MODELLO DI DOMANDA

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (____) il _____
 residente/domicilio in _____ (____) C.a.p. _____
 indirizzo _____ Scala _____ Piano _____ Int. _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____
 e-mail _____ @ _____

CHIEDE

di poter usufruire, per l'unità abitativa di residenza, dell'applicazione delle misure di sostegno per l'emergenza COVID 19.

ALLO SCOPO - consapevole delle conseguenze penali ed amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per dichiarazioni mendaci e/o formazione ed uso di atti falsi - ai sensi dell'articolo 47 del medesimo decreto

DICHIARA

1. di essere

☐ titolare di un contratto attivo di fornitura per "Uso Domestico Residente": Utenza n. _____;

☐ fruitore di un contratto attivo di fornitura per "Uso Condominiale": Utenza n. _____;

misuratore matricola _____ lettura al ____/____/____ pari a mc _____.

2. che il proprio nucleo familiare che dimora nell'abitazione oggetto della richiesta di agevolazione è così composto:

n.	Cognome e Nome	Parentela	Data nascita	Luogo nascita	Stato civile
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____

3. che il proprio nucleo familiare:

- ☐ versa in condizione di comprovata difficoltà economica per mancanza/riduzione di redditi da lavoro;
- ☐ il proprio nucleo familiare è stato interessato da componenti risultati positivi al virus Covid19 e per i quali è stato disposto il ricovero presso strutture sanitarie.

4. di allegare la seguente documentazione a supporto della richiesta:

- ☐ copia della prima pagina dell'ultima fattura ricevuta;
- ☐ copia documento di identità del richiedente il beneficio e dell'intestatario del contratto se diverso;
- ☐ foto del misuratore condominiale con lettura corrispondente a quanto dichiarato nel presente modello in caso di fruitore di una utenza condominiale;
- ☐ altro: _____
- ☐ altro: _____

Dichiara, inoltre:

1. di voler ricevere le comunicazioni oggetto della presente domanda all'indirizzo:

- ☐ Comune di _____ (____) C.a.p. _____
indirizzo _____
- ☐ ovvero alla seguente e-mail _____;

2. ☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 101/2018, che i dati personali comunicati ai sensi della presente istanza – e, quindi, anche quelli riportati nella documentazione allegata – saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del presente procedimento ed al fine di eventuali aggiornamenti della banca dati anagrafica.

Luogo e data

FIRMA

.....

.....

(allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità)