

**OGGETTO: Richiesta assistenza economica in forma straordinaria.**

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a Terrasini Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, essendo a conoscenza del regolamento di assistenza economica.

**CHIEDE**

Il contributo economico in forma straordinaria per l'anno \_\_\_\_\_, a causa del verificarsi del seguente evento eccezionale

- Interventi sanitari fuori dal territorio regionale
- Presenza di gravi patologie mediche per le quali sono necessari l'acquisto di farmaci, non previsti dalla normativa vigente;
- Sfratto in fase esecutiva;
- Decesso di un componente familiare;
- Eventi catastrofici nella propria abitazione (incendi, crolli, inondazioni)
- Altro \_\_\_\_\_

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Eventuali copie di certificazione attestanti disabilità o malattia di uno dei componenti il nucleo familiare o analoghe situazioni di debolezza sociale;
- Certificazione ASP/ o Cliniche Universitarie;
- Quantificazione del bisogno e/o preventivo spesa

Si richiede la riscossione del contributo in argomento con la seguente modalità:

- A mezzo riscossione diretta allo sportello bancario;
- Accreditamento sul seguente conto corrente intestato al/alla richiedente di cui si allega copia (no libretto postale): Conto Corrente bancario/postale IBAN \_\_\_\_\_

In caso di richiesta per incendio o crollo di abitazione la liquidazione dell'importo avverrà a presentazione di fattura.

Qualora all'atto di presentazione dell'istanza non può esibire la documentazione relativa al requisito d'accesso, può rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva con l'impegno e presentare i documenti entro i successivi 15 giorni.

A tal fine

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

A che i componenti il nucleo familiare (di età superiore ai 18 anni)					
	Si	No	Euro	Cognome e Nome	
Beneficiario di pensione di invalidità, rendita INAIL, o altri redditi non imponibili ai fini IRPEF					
Godono di sussidi o contributi o di altri interventi e/o servizi assistenziali concessi da questa o altra Amministrazione					

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 96/2003, dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei propri dati personali e sensibili, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Terrasini, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_