



Organismo che opera a tutela dei diversabili e loro famiglie

Tel. & Fax 0964.21704 - Cell. 3278387411

Sede unica: Via Erasippe n. 10 - 89044 Locri (RC)

Web site: assoamicidinicola.it - E_mail: presidenza@pec.assoamicidinicola.it

Cod. Fiscale: 90033600801 - IBAN: IT11 P076 0116 3000 0102 8785853 - C./C. postale 00102878585

MODULO RICHIESTA AIUTI ALIMENTARI

COGNOME _____ NOME _____ NAT__ IL
_____ A _____ PRV. (____) E RESIDENTE A
_____ PRV. (____) - DOMICILIAT__ A _____
(solo se diverso dalla residenza)
PROFESSIONE _____

DICHIARA

- DI ESSERE CONIUGAT__ CON:

COGNOME _____ NOME _____ NAT__ IL
_____ A _____ PRV. (____) PROFESSIONE _____

- DI AVERE FIGLI N° _____ ETA' _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

- ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- 1 STATO DI FAMIGLIA
- 2 ATTESTATO ISEE SOCIO SANITARIO 2016 NON SUPERIORE A € 6.713,94
- 3 CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE
- 4 CERTIFICATO RILASCIATO DAL CENTRO PER L'IMPIEGO ATTESTANTE LO STATO DI OCCUPAZIONE/DISOCCUPAZIONE.

Inoltre da consenso al trattamento dei dati personali ai fini dell'erogazione del servizio richiesto ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

LOCRI _____

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE

LA DOMANDA E' STATA EVASA IN DATA _____