

	Amministrazione destinataria Regione Emilia Romagna	
	Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	

## Domanda di erogazione di bonus economici

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

l'erogazione di bonus economici

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																																																			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="4">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="5">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <th colspan="11">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Provincia</th> <th colspan="2">Comune</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="11">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																Residenza											Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP											<input type="checkbox"/>		In qualità di (*)																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																														
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																														
Residenza																																																																																																				
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																									
										<input type="checkbox"/>																																																																																										
In qualità di (*)																																																																																																				

*In qualità di (\*):*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

per il seguente motivo
Motivazione

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

documentazione comprovante lo stato di necessità

copia del documento d'identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>