

	Amministrazione destinataria Regione Emilia Romagna	
	Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	

Domanda di erogazione di contributo economico individuale

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 contributo economico individuale

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																																																		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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="4">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">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 style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="12">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="12"></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)

<input type="checkbox"/>	documentazione comprovante lo stato di necessità
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante