Spett.le
Comune di Gottolengo
P.zza XX Settembre n. 1
25023- Gottolengo (BS)

DOMANDA

PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER PAGAMENTO UTENZE DOMESTICHE E SPESE SANTARIE

MISURA RISERVATA AGLI OVER 65

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME_____

TEL._____ E-MAIL_____

C.F._____RESIDENTE A GOTTOLENGO in Via _____ n._____

consapevole di quanto previsto agli art. 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445 sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

DI POTER ACCEDERE AL CONTRIBUTO STRAORDINARIO RIVOLTO A PERSONE OVER 65 IN CONDIZIONI DI DIFFICOLTA' ECONOMICA PER IL PAGAMENTO DI UTENZE DOMESTICHE E SPESE SANITARIE

DICHIARA

☐ di vivere da solo o in coppia e di non avere una rete parentale di effettivo supporto

A tal fine allego:

☐ ISEE ORDINARIO / CORRENTE non superiore ad € 9.500,00;

☐ FOTOCOPIE DELLE SPESE PER UTENZE DOMESTICHE (LUCE, ACQUA E GAS) ANNO 2025 INTESTATE AD UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE E RELATIVE QUIETANZE DI PAGAMENTO, CHE NON SIANO GIA' STATE OGGETTO DI CONTRIBUTO;

☐ FOTOCOPIE DELLE SPESE SANITARIE ANNO 2025 INTESTATE AD UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE (TICKET SU ACCERTAMENTI, VISITE, TERAPIE RIABILITATIVE), CHE NON SIANO GIÀ STATE OGGETTO DI CONTRIBUTO;

NOTA PER LA PRIVACY
Nel rispetto del GDPR – Regolamento UE n. 2016/679, i dati contenuti nell'autocertificazione saranno utilizzati esclusivamente ai fini della gestione delle procedure di assegnazione "buoni acquisto" (Ord.n.658 del 29/03/2020), nel rispetto delle norme vigenti in materia. Il responsabile del trattamento dei dati personali è il Sindaco pro-tempore del Comune di Gottolengo. Il responsabile della protezione dati è il Dott. Bacchiocchi Stefano (stefano.bacchiocchi@odcebrescia.it)

☐ DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELLA NOTA

DATA_____ **FIRMA**_____

SEZIONE RISERVATA AI SERVIZI SOCIALI

ESITO DELL'ISTANZA RELATIVA ALLA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI PER PAGAMENTO UTENZE DOMESTICHE E SPESE SANTARIE

MISURA RISERVATA AGLI OVER 65

DOMANDA PROT. N°_____

ACCOLTA ☐ NON ACCOLTA* ☐ SOSPESA** ☐

IMPORTO ASSEGNATO €_____ ☐ **SOSPESO****

* indicare le motivazioni per domanda NON accolta

_____
_____
_____

** indicare le motivazioni per eventuale sospensione della domanda

_____
_____
_____

DATA_____

PER I SERVIZI SOCIALI_____

……

PARTE RISERVATA ALLE DOMANDE SOSPESE

A SEGUITO DELLE SEGUENTI MOTIVAZIONI: _____
_____
_____

LA DOMANDA È STATA SUCCESSIVAMENTE: ACCOLTA ☐ NON ACCOLTA ☐

DATA_____

PER I SERVIZI SOCIALI_____