

# COMUNE DI PARONA

Comunità



Europea



Provincia di Pavia

Regione



Lombardia

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

# DOMANDA DI CONTRIBUTO STRAORDINARIO

All'attenzione del  
Signor Sindaco  
Comune di Parona Lomellina  
27020 – (Pavia)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Contributo economico straordinario finalizzato a:**

- Spese di gestione familiare:

---

---

---

- Spese mediche per prestazioni sanitarie:

---

---

---

- Altro:

---

---

---

A favore di:  Tutto il nucleo

\_\_\_\_\_

motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E pertanto

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

1) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

7) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Profess \_\_\_\_\_

Si allegano:

- Documentazione giustificativa spese di gestione familiare e/o mediche sostenute / da sostenere.

Il / la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato al riguardo e di accettare tutte le norme interne di questo Comune che regolano l'erogazione di detto contributo.

Ai sensi dell'art .10 Lg. 675/96, si autorizza il trattamento dei dati, da parte del Comune di Parona, per l'esclusiva finalità dell'erogazione del contributo in quanto obbligatori per lo stesso, nonché la loro manipolazione per eventuali elaborazioni statistiche.

Parona, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_