

**DISTRETTO SOCIO – SANITARIO RI/1
RIETI COMUNE CAPOFILA**

AL COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ Tel. _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vista la legge Regionale n: 32 del 7 dicembre 2001;

Vista la D.G.R. 23.12.2005, n. 1177 che, in attuazione del su citato art.3, comma 3 della L.R. 32/2001, individua gli interventi prioritari, nonché le modalità ed i criteri di riparto dei fondi disponibili

CHIEDE

La concessione dei previsti contributi per

.....

a tal fine dichiara che il proprio I.S.E.E. e pari ad €.....

Che il proprio nucleo familiare è il seguente

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	RELAZIONE PARENTELA

Allega :

a) Dichiarazione I.S.E.E. (Dichiarazione situazione economica equivalente)

b) La seguente documentazione giustificativa delle spese sostenute:

1).....

2).....

3).....

4).....

data.....

FIRMA

.....

N.B.

PER LA COMPILAZIONE GRATUITA DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA DETERMINAZIONE DELL'I.S.E.E. (INDICATORE SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE) GLI INTERESSATI SI POSSONO RIVOLGERE AD UN QUALSIASI C.A.F. CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003

I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: concessione contributi legge 32/2001

Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà la mancata concessione del beneficio;

i dati potranno essere comunicati all'Ufficio di Piano Distrettuale e alla Regione Lazio;

Il Titolare del trattamento è il Comune di

Il Responsabile del trattamento è

Al Titolare del trattamento o al Responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsto dall'art. 7 del D.lgs n.196/2003.