



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIALE DI BENEVENTO

AL PRESIDENTE DEL
COMITATO PROVINCIALE CRI
BENEVENTO

Oggetto: Domanda ottenimento di generi di assistenza

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)

il ____/____/____ residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

alla Signoria Vostra di poter ottenere la concessione di generi alimentari e/o abbigliamento.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa ed a conoscenza che del caso di corresponsione della prestazione possono essere effettuati controlli, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1 Di essere: CONIUGATO NON CONIUGATO

2 Di avere numero N. _____ figli minorenni; ovvero numero N. _____ figli conviventi maggiorenni.

3 Che il proprio nucleo familiare è così composto:

cognome e nome	luogo e data di nascita	rapporto con il dichiarante
----------------	-------------------------	-----------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4 Di percepire un reddito mensile da pensione di Euro _____ (tipo di pensione _____ erogata da _____);

5 Di occupare la propria abitazione:

DI PROPRIETÀ IN FITTO per euro _____ mensili;

- 6 Di essere disoccupato dal _____;
- 7 Di non percepire nessun reddito proveniente da beni mobili, immobili o di altra natura;
- 8 Di essere dipendente presso _____ e di percepire un reddito annuo lordo di euro _____;
- 9 Di percepire redditi patrimoniali per un importo di euro _____;
- 10 Che i componenti della propria famiglia percepiscono i seguenti redditi:

cognome e nome	luogo e data di nascita	reddito annuale
----------------	-------------------------	-----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11 Che il proprio nucleo familiare percepisce un reddito complessivo pari alla somma di euro _____;

12 Che nel proprio nucleo familiare convivono

SI NO portatori di handicap (indicare nome e cognome) _____

SI NO malati cronici con la seguente patologia (indicare nome e cognome) _____

SI NO persone sottoposte a detenzione (indicare nome e cognome) _____

SI NO persone in regime di tossico dipendenza (indicare nome e cognome) _____

Data, _____

Firma del/la dichiarante per esteso e leggibile:

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data, _____

Firma del/la dichiarante per esteso e leggibile:

Il sottoscritto autorizza la CRI Comitato Provinciale di Benevento ad effettuare visite domiciliari per le verifiche di quanto dichiarato.

Firma _____