



**Al Comune di San Romano in Garfagnana
Servizio Amministrativo**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

n. _____ tel. _____ cod.fisc. _____

in qualità di _____

Per se stesso/a e/o nucleo familiare;

Per il/la Sig./ra e/o nucleo familiare _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

n. _____ tel. _____ cod.fisc. _____

CHIEDE

CONTRIBUTO ECONOMICO

ALTRO _____

Allega alla presente:

CERTIFICAZIONE ISEE

CERTIFICAZIONE MEDICA

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE I REDDITI ESENTI IRPEF

ALTRO _____

Il/La Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.LGS. n. 196 del 30.06.2003 il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere stato/a puntualmente informato/a circa finalità e modalità di trattamento dei dati, comunicazione dei medesimi, titolari del trattamento nonché di ogni altro elemento previsto dal citato art. 13.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni.

Il/La Dichiarante

San Romano _____
