ALLEGATO “B” alla Determina S.C. n. 146/2021

MODELLO DI ISTANZA PER CONTRIBUTI A FAMIGLIE COLPITE DALLA CRISI CAUSATA

DALLA PANDEMIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo il suo nucleo familiare risentito della crisi economica nel corso degli anni 2020 e 2021 a causa

della diffusione pandemica da Sars Covid 19 per

perdita di lavoro

malattia

CHIEDE

La elargizione di un contributo a sostegno della minore entrata negli anni 2020 e 2021

Allega alla presente :

Certificazione ISEE

Certificati medici

Bollette di utenze

Scontrini della farmacia

Altra documentazione attestante lo stato di bisogno

Copia del documento di identità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA)