

Spett.le COMUNE DI ARCONATE
SETTORE SERVIZI SOCIALI
Via Roma n.42
20020 – ARCONATE (MI)

Il/la sottoscritto/a _____
Nata a _____ Il _____
Residente a Arconate, Via _____ N. _____
Telefono _____

CHIEDE

La concessione del beneficio "ASSEGNO per il NUCLEO FAMILIARE"
(art.65 della Legge N. 448 del 23/12/98 e successive integrazioni)
relativamente all'anno _____

A tale fine allega:

- *fotocopia del documento d'identità
- *modello di dichiarazione integrativa
- *fotocopia attestazione ISEE in corso di validità
- *fotocopia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno CE

Si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione Comunale ogni evento che determini la cessazione del diritto all'attribuzione del beneficio.

Autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati personali per le finalità descritte nel rispetto degli art. N. 11, 13 e 23 del Decreto Legge N. 196 del 30/06/2003

Arconate _____

(firma)

