

Amministrazione destinataria

Comune di Mantova

Ufficio destinatario

ISTANZA NON VALIDA - si prega di non utilizzare le informazioni e la modulistica presenti in questa pagina -PAGINA IN MANUTENZIONE

Domanda di erogazione di bonus economici

Il sottoscritto									
Cognome		Nome			Codice Fiscale				
-10									
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	za			
Residenza Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare Telefono fiss	50	Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica certi	ficata		
domiciliazione delle comunic	cazioni rela	tive al procediment	D						
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decre									
Il sottoscritto chiede che le comunicazion	i relative al pro	cedimento trasmesse dall'Ar	nministrazione	e vengano invi	ate al segue	nte indirizzo	di posta ele	ttronica	
		CH	IEĎE						
l'erogazione di bonus econom	nici	Cil	LDL						
Tipologia di bonus richiesto							4		
inpologia al bollab ilalinosto									
				_					
O per sé stesso				5					
·	o tutelato								
	oper il seguente familiare o tutelato								
soggetto interessato		Nome			Cadlas Fis	1-			
Cognome		Nome			Codice Fis	caie			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	za			
Residenza									
Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Titale del dishianante (ed escenie	detuntor di c		ananas killiks	anitavi-l-		4	7		
Titolo del dichiarante (ad esempio ammin	iistratore di sos	cegno, curatore, esercente re	esponsabilita g	geriitoriale, ecc)				

per il seguente motivo Motivazione				
95				
Valondosi dolla facoltà provi	-ta dall'arti	colo 46 o dall'articolo	1.7 dal Dacrata dal [Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.
	ioni penali	previste dall'articolo i e nel caso di dichiaraz	76 del Decreto del P	Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.
che il nucleo familiare del be	neficiario è	composto da		
componente n. 1		4		
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	
componente n. 2		Nome		Codice Fiscale
Cognome		None		Courte ristate
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	
componente n. 3		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

☐ componente n. 4					
Cognome	Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso Luogo di nascita		Cittadinanza		
Stato civile		Rapporto di parentela			
Professione		% Disabilità			
DICHIARA INOLTRE					
di possedere il seguente IS	EE				
Importo		Data di rilascio	Data di scadenza		
	€				
domiciliazione bancaria o post	ale del conto corrente				
Istituto					
IBAN					
Codice BIC (swift) (se conto estero)		70			
Intestatario del conto corrente					
il sottoscritto è intestatario	o del conto corrente				
	rente è la seguente persona fi	sica			
Cognome	Nome		Codice Fiscale		
	Y				
		*			
Eventuali annotazioni (numero massimo di	caratteri: 800)				
			V		

		Elenco degli allegati		
		nllegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed	elencati sul portale)	
	documentazione comprovante lo sta	alo ui necessita		
Ш	copia del documento d'identità (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma	a autografa)		
	altri allegati			
	Ini	formativa sul trattamento dei dati perso	nali	
	(ai sensi del Regolamento Co	omunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Le	gislativo 30/06/2003, n. 196)	
		informativa relativa al trattamento dei c destinataria, titolare del trattamento de		
	presentazione della pratica.	destinatana, titolare del trattamento de	ene imormazioni trasmesse a	ill atto della
1				
	U			
		76		
		·		
		V)		
Ma	ntova			
ivid				
Luoge		Data	il dichiarante	