



## DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

che usufruisce di:

servizi o prestazioni sociali di assistenza pubblica quali:

---

---

---

### ALLEGA alla presente:

1. Attestazione ISEE completa di DSU ai sensi del DPCM 05/12/2013 n.159 in corso di validità;
2. Certificazione del medico curante/l'Invalidità Civile, Legge 104/1992;
3. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario;
4. Altra documentazione \_\_\_\_\_.

### AUTORIZZA

il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

(Luogo e data)

---

(Firma leggibile)

---