

(1) _____

Al comune di _____

c.a. Ufficio Servizi Sociali

SEDE

SERVIZIO IDRICO INTEGRATO AMBITO DISTRETTUALE "Sarnese Vesuviano"
AGEVOLAZIONI TARIFFARIE A CARATTERE SOCIALE (Delibera Commissariale 1 agosto 2017, n. 25)
Bando Annualità 2017

MODELLO DI DOMANDA PER IL "BONUS IDRICO"

Il/La sottoscritto/a⁽²⁾ _____
 nato/a a⁽³⁾ _____ (____) il⁽⁴⁾ _____
 residente/domicilio in⁽⁵⁾ _____ (____) C.a.p. _____
 indirizzo⁽⁶⁾ _____ Scala _____ Piano _____ Int. _____
 Codice Fiscale⁽⁷⁾ _____ Telefono⁽⁸⁾ _____
 e-mail⁽⁹⁾ _____ @ _____

CHIEDE

di poter usufruire, per l'unità abitativa di residenza, delle agevolazioni tariffarie a carattere sociale di cui alla deliberazione commissariale n. 25/2017, secondo le modalità indicate nel bando approvato con determinazione dirigenziale 8 settembre 2017, n. 80 come modificato con determinazione dirigenziale 14 settembre 2017, n. 84.

ALLO SCOPO - consapevole delle conseguenze penali ed amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per dichiarazioni mendaci e/o formazione ed uso di atti falsi - ai sensi dell'articolo 47 del medesimo decreto

DICHIARA

1. di essere⁽¹⁰⁾

titolare di un contratto attivo di fornitura per "Usa Domestico Residente":

Utenza n° _____ con misuratore matricola _____
 lettura al ___/___/___ pari a mc _____;

alimentato da un contratto attivo di tipo condominiale:

Nome Condominio _____ intestatario dell'utenza

n° _____; Amministratore _____

Tel _____ e-mail: _____ @ _____

2. che il proprio nucleo familiare che dimora nell'abitazione oggetto della richiesta di agevolazione è così composto⁽¹¹⁾:

n.	Cognome e Nome	Parentela	Data nascita	Luogo nascita	Stato civile
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____

6

7

8

9

10

3. che il proprio nucleo familiare è in possesso dell'ISEE in corso di validità pari ad € ⁽¹²⁾ _____ e, pertanto, risulta soddisfatto il seguente requisito⁽¹³⁾:
- non superiore ad € 8.107,50;
- non superiore ad € 20.000,00 in quanto il nucleo familiare è costituito da n. ⁽¹⁴⁾ ____ figli a carico;
4. che ai fini della verifica degli elementi di precedenza di cui all'art. 5 del bando nel nucleo familiare sono presenti n. ⁽¹⁵⁾ ____ componenti con disabilità legalmente accertata;
5. di aver allegato la seguente documentazione ⁽¹⁶⁾:
- copia dell'attestazione ISEE per l'anno 2017;
- copia di documento comprovante l'invalidità di uno o più componenti il nucleo familiare;
- copia della prima pagina dell'ultima fattura ricevuta;
- copia documento di identità del richiedente l'agevolazione;
- altro: _____
- altro: _____

Dichiara, inoltre:

1. di voler ricevere le comunicazioni oggetto della presente domanda al seguente indirizzo:
Comune di ⁽¹⁷⁾ _____ (____) C.a.p. _____
indirizzo ⁽¹⁸⁾ _____
2. di voler usufruire della possibilità prevista dall'art. 7, comma 5 del Bando di poter utilizzare le eventuali risorse residue disponibili per la copertura di morosità ancora in essere⁽¹⁹⁾;
3. di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali comunicati ai sensi della presente istanza – e, quindi, anche quelli riportati nella **documentazione allegata** - saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo e data

FIRMA

.....,

.....

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità