

	Amministrazione destinataria Regione Campania Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	--	--

Domanda di erogazione di bonus economici

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'erogazione di bonus economici

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																																																			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="4">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="5">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <th colspan="11">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Provincia</th> <th colspan="2">Comune</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="11">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																Residenza											Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP											<input type="checkbox"/>		In qualità di (*)																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																														
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																														
Residenza																																																																																																				
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																									
										<input type="checkbox"/>																																																																																										
In qualità di (*)																																																																																																				

In qualità di ():*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

per il seguente motivo
Motivazione

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

documentazione comprovante lo stato di necessità

copia del documento d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il dichiarante