

--

Al comune di \_\_\_\_\_  
 c.a. Ufficio Servizi Sociali  
SEDE

**AMBITO DISTRETTUALE SARNESE VESUVIANO  
 EMERGENZA COVID 19**

Esenzione dal pagamento per i consumi relativi al periodo 1 marzo – 31 maggio 2020

**MODELLO DI DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente/domicilio in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.a.p. \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_ Piano \_\_\_\_ Int. \_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire, per l'unità abitativa di residenza, dell'**applicazione delle misure di sostegno per l'emergenza COVID 19**.

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

titolare di un contratto attivo di fornitura per "*Uso Domestico Residente*": Utenza n. \_\_\_\_\_

fruitore di un contratto attivo di fornitura per "*Uso Condominiale*":

Utenza n. \_\_\_\_\_ con misuratore matricola \_\_\_\_\_

lettura al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pari a mc \_\_\_\_\_;

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

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

3. che il proprio nucleo familiare:
- versa in condizione di comprovata difficoltà economica per mancanza/riduzione di redditi da lavoro;
  - il proprio nucleo familiare è stato interessato da componenti risultati positivi al virus Covid19 e per i quali è stato disposto il ricovero presso strutture sanitarie.
4. di allegare la seguente documentazione a supporto della richiesta:
- copia della prima pagina dell'ultima fattura ricevuta;
  - copia documento di identità del richiedente il beneficio e dell'intestatario del contratto se diverso;
  - foto del misuratore condominiale con lettura corrispondente a quanto dichiarato nel presente modello in caso di fruitore di una utenza condominiale;
  - altro: \_\_\_\_\_
  - altro: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Dichiara, inoltre:

1. di voler ricevere le comunicazioni oggetto della presente domanda all'indirizzo:
- Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.a.p. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_
  - ovvero alla seguente e-mail \_\_\_\_\_;
2.  di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 101/2018, che i dati personali comunicati ai sensi della presente istanza – **e, quindi, anche quelli riportati nella documentazione allegata** - saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del presente procedimento ed al fine di eventuali aggiornamenti della banca dati anagrafica.

*Luogo e data*

*FIRMA*

....., .....

.....

*(allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità)*