**Amministrazione destinataria**

Comune di Castelfranco Piandiscò

**Ufficio destinatario**

Ufficio servizi sociali

# Domanda di contributo per gli invalidi sul lavoro

***anno***

## Il sottoscritto

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

l'erogazione del contributo spettante per l'anno corrente in base alla normativa in oggetto.

**CHIEDE INOLTRE**

che i pagamenti a suo favore siano effettuati tramite accredito sul conto corrente bancario/postale corrispondente al seguente

**IBAN** | **Agenzia di**

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

da non usare per presentazione cartacea

**Elenco degli allegati**

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

☐ copia del documento di identità

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

☐ altri allegati

**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.

da non usare per presentazione cartacea

| | | |
|---|---|---|
| Castelfranco Piandiscò | | |
| **Luogo** | **Data** | **il dichiarante** |