

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO COMUNALE TELESOCCORSO****Dati richiedente**

Nome/Cognome _____ Indirizzo _____
Data di nascita _____ Telefono privato _____
Stato civile _____

Persone di contatto

Anno di richiesta del contributo: _____

In caso di accoglimento del contributo comunale

Numero CCP / Nome Istituto bancario _____

Numero IBAN _____

Titolare del conto _____

Alla presente richiesta si chiede di allegare la seguente documentazione

- Ultima decisione di Prestazione Complementare (PC) disponibile (anno corrente)
- Giustificativo e pagamento del Servizio di Telesoccorso

Il richiedente con la sottoscrizione del presente formulario conferma che le informazioni fornite sono veritiere. I contributi indebitamente percepiti dovranno essere restituiti ai sensi dell'Art. 7 dell'ordinanza municipale.

Luogo e data _____

Firma _____

Decisione (compilare da parte di Servizio sociale)

Favorevole

Negativa

Luogo e data _____

Firma _____