

ISTANZA PER ACCESSO AL BONUS DISAGIO FISICO (SGATE)

Al Comune di Mazzarrone
All'Ufficio di Servizio Sociale

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____ CF _____ RESIDENTE A _____

MAZZARRONE IN VIA _____ N° _____

TEL. _____; CELL _____;

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così
come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti previsti dal Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011, decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016. Delibera dell'Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs n.196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2015/679)

E trasmette, in allegato, la relativa documentazione.

Data e Luogo

FIRMA
