

Al Sig. Sindaco del Comune di

=====

Oggetto: Richiesta assistenza ex E.N.A.O.L.I.

_____ sottoscritt _____
nat_____ a _____ (Prov. di _____) il _____
residente in _____ via _____ n. _____
nella qualità di _____
dei sottoelencati minori, nel richiedere l'erogazione dell'assistenza per l'anno _____

DICHIARA

Cognome e nome del genitore superstite e degli orfani assistibili, con luogo e data di nascita:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Che dei sopradetti, nel corrente anno:

1) beneficiano di pensione e/o rendita anche in acconto (come da allegata documentazione) :

Cognome e nome	pensione e/o rendita	cat.	Euro annue (Compresa la 13 [^])	all.n.
_____	cert. n. _____	_____	_____	_____
_____	cert. n. _____	_____	_____	_____
_____	cert. n. _____	_____	_____	_____
_____	cert.n. _____	_____	_____	_____

2) non beneficiano ancora dei trattamenti previdenziali spettanti :

Cognome e nome	Cognome e nome
_____	_____

Che dei sopradetti componenti di età superiore ai 15 anni :

1) fruiscono di reddito da lavoro dipendente (come da allegata busta paga o dichiarazione del datore di lavoro, o dichiarazione della scrivente) :

Cognome e nome	retribuzione annua euro	all.n.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2) fruiscono di reddito da lavoro autonomo o di altro reddito da lavoro :

Cognome e nome	attività svolta	importo annuo
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3) sono disoccupati (come da allegati certificati di iscrizione nelle liste di collocamento) :

_____	all.n. _____
_____	all.n. _____

4) non sono occupati i restanti componenti (casalinghe, studenti, ect.).

<p>Che i sottoelencati componenti della famiglia fruiscono dei seguenti redditi patrimoniali, escluso il reddito dominicale da casa di abitazione (come da allegata documentazione)</p>		
Cognome e nome	fonte di reddito (*)	importo annuo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<p>(*) Specificare i beni mobili ed immobili</p>		

I sottoscritt___ si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta, a segnalare all'Ufficio comunale competente, non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione sopra indicata della famiglia, dei redditi sopra documentati e dichiarati e di quanto altro dichiarato nella presente:

_____, li _____ Firma _____

Stato di famiglia in data non anteriore a 3 mesi, o autocertificazione;

Fotocopia autenticata del frontespizio pensioni e/o rendite (INAIL-debito vitalizio dello Stato pensioni estere etc.) relativa alla 1° rata dell'anno in corso;

- Certificati scolastici per i figli che frequentano la scuola;

Per il genitore superstite e per ogni figlio di età superiore ai 15 anni che non frequenta la scuola:

- Busta paga relativa al mese di gennaio _____ o, se disoccupato, stato di servizio rilasciato dall'Ufficio di Collocamento relativo all'anno _____ e aggiornato alla data della richiesta;

- Dichiarazione di responsabilità sostitutiva dei certificati dagli Uffici delle Imposte ai sensi della legge 114 del 13/04/1977, art.24;

- Per i minori affidati in collegio a carico di altro Ente, dichiarazione dell'Istituto che la famiglia contribuisce nelle spese di mantenimento (rientro in famiglia in occasione delle vacanze, acquisto vestiario, cancelleria, etc).

.....

.....

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE DEL NUCLEO
FAMILIARE ORFANILE PER LA RICHIESTA DI
ASSISTENZA EX ENAOLI

Io sottoscritto _____, ai sensi degli artt. 7 e 8 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto segue:

QUADRO A: DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE	
COGNOME: _____	NOME: _____
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA : _____ PROV. _____	
DATA DI NASCITA: _____	N. TELEFONICO (facoltativo) _____
COMUNE DI RESIDENZA: _____ PROV. _____	
INDIRIZZO E N. CIVICO: _____ CAP _____	

**QUADRO B : SOGGETTI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ORFANILE
- RICHIEDENTE , MINORI ASSISTIBILI-**

A	B	C	D
N. Prog.	CODICE FISCALE	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA

REDDITO DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ORFANILE

ANNO _____

N. Prog.	DA LAVORO		DA PATRIMONIO	DA PENSIONE	ALTRO (Assistenza economica pubblica)
	Autonomo	Dipendente			

TOTALE COMPLESSIVO €

ACQUEDOLCI, lì _____

FIRMA _____