ASILO SAVOIA
Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza

PACCHETTO FAMIGLIA 2015
REGIONE LAZIO

MODULO DI ACCESSO AL CONTRIBUTO INTERVENTI A SOSTEGNO DI FAMIGLIE CON MINORI E GIOVANI RIMASTI ORFANI A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO 2016

ASILO SAVOIA
Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza

PACCHETTO FAMIGLIA 2015
REGIONE LAZIO

Interventi a sostegno di famiglie con minori rimasti orfani a seguito del sisma del 24 agosto 2016
(Autocertificazione rilasciata ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

DATI DEL BENEFICIARIO

Minore o maggiorenne purché iscritto ad un Servizio scolastico, di ogni ordine e grado, o corso di formazione professionale, compresi corsi di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) e Istituti Tecnici Superiori (I.T.S.)

NOME_____

COGNOME_____

COD. FISCALE_____

NATO IL _____ A _____ PROV. _____

RESIDENTE IN _____ COMUNE_____ PROV._____

DATI DEL/I GENITORE/I VITTIME DEL SISMA

NOME PADRE_____

COGNOME PADRE_____

NATO IL _____ A _____ PROV. _____

NOME MADRE_____

COGNOME MADRE_____

NATA IL _____ A _____ PROV. _____

DATI DEL GENITORE, TUTORE O DI CHI SI PRENDE CURA DEL BENEFICIARIO

NOME_____

COGNOME_____

COD. FISCALE_____

NATO/A IL _____ A _____ PROV. _____

RESIDENTE IN _____ COMUNE_____ PROV._____

DOCUMENTO D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATO IL_____

DA_____ Email_____

TELEFONO_____ CELLULARE _____

ASILO SAVOIA
Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza

PACCHETTO FAMIGLIA 2015
REGIONE LAZIO

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a a _____

il_____ e residente in Via/Piazza _____ Comune di

_____, dichiara quanto segue:

- di essere ☐ genitore, ☐ tutore del beneficiario ☐ persona che si prende cura dello stesso;
- che il beneficiario è figlio di ☐ padre e/o ☐ madre deceduto/a/i a seguito del recente sisma;
- che il/i genitore/i del beneficiario, al momento del decesso, risiedeva/no in uno dei Comuni della Regione Lazio;
- che il beneficiario è iscritto ad un Servizio socio-educativo per la prima infanzia, scolastico, di ogni ordine e grado, o corso di formazione professionale, compresi corsi di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) e Istituti Tecnici Superiori (I.T.S.).

Pertanto, chiede di accedere al contributo in oggetto dando comunicazione delle proprie coordinate bancarie necessarie ai fini dell'accredito dello stesso.

DATI BANCARI

BANCA	AGENZIA	CITTA'	CAP

COORDINATE IBAN				
PAESE	CHD	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE BANCARIO

INTESTATARIO CONTO: _____

C.F. INTESTATARIO: _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, con la firma della presente autorizzo la Regione Lazio e l'IPAB Opera Pia Asilo Savoia a trattare i dati sopra riportati.

Data

FIRMA

_____ _____