



CITTÀ
DI ANDRIA

Settore Socio Sanitario

III.mo Sig. Sindaco
Comune di Andria

OGGETTO: ASSEGNAZIONE del CONTRIBUTO PREVISTO dal FONDO di SOLIDARIETÀ ai FAMILIARI delle LAVORATRICI e dei LAVORATORI DECEDUTI a CAUSA di INCIDENTI nei LUOGHI di LAVORO (L.R.n. 1 del 25.02.2010).

Con la presente istanza si chiede al **Sindaco p.t. del Comune di Andria** di inoltrare al competente Ufficio della Regione Puglia – Servizio Politiche di benessere sociale e pari opportunità la richiesta di accesso al Fondo di solidarietà istituito con la L.R. 1/2010 e pertanto, nella consapevolezza delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, si dichiara e comunica quanto segue:

1. TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO PER CUI SI EFFETTUA L'ISTANZA

- art. 2, L.R. 1/2010
 art. 3, L.R. 1/2010

2. SOGGETTO RICHIEDENTE

- A Soggetto beneficiario (art. 2, co. 5, L.R. 1/2010)
B Soggetto munito di delega (specificare: A.N.M.I.L. - Federcasalinghe, ecc.)

3. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO BENEFICIARIO

Nome e Cognome _____ SESSO M F

Luogo di nascita (città) Prov. _____

Data di nascita (giorno mese anno) _____

Luogo di residenza (città) Prov. _____

Via/Corso/Strada N. civ. _____

Luogo di domiciliazione se diverso dalla residenza sopra indicata:

(città) Prov. _____ Via/Corso/Strada N. civ. _____

CODICE FISCALE E-MAIL _____

PEC _____ Telefono (preferibile cellulare) _____/_____

Città di Andria