



Al comune di \_\_\_\_\_

c.a. Ufficio Servizi Sociali

SEDE**AMBITO DISTRETTUALE SARNESE VESUVIANO****Applicazione di misure di sostegno ad utenze in stato di morosità con specifici requisiti socio – economici***(Delibera del Consiglio di Distretto Sarnese Vesuviano 5 maggio 2022, n. 3)***UTENZE DOMESTICO RESIDENTI**

\*\*\*\*\*

**MODELLO DI DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente/domicilio in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.a.p. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_ Piano \_\_\_\_ Int. \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire, per l'unità abitativa di residenza, dell'**applicazione delle misure di sostegno ad utenze in stato di morosità con specifici requisiti socio-economici**, secondo le modalità indicate nella Delibera del Consiglio di Distretto Sarnese Vesuviano 5 maggio 2022, n. 3.

ALLO SCOPO - consapevole delle conseguenze penali ed amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per dichiarazioni mendaci e/o formazione ed uso di atti falsi - ai sensi dell'articolo 47 del medesimo decreto

**DICHIARA**

1. di essere

 titolare di un contratto attivo di fornitura per "Uso Domestico Residente": Utenza n. \_\_\_\_\_

con misuratore matricola \_\_\_\_\_

lettura al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pari a mc \_\_\_\_\_;

2. che il proprio nucleo familiare che dimora nell'abitazione oggetto della richiesta di agevolazione è composto da n. \_\_\_ persone;

3. di aver allegato la seguente documentazione:

 copia della prima pagina dell'ultima fattura ricevuta;

 copia del documento di identità dell'intestatario del contratto;

 attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare richiedente il beneficio;

<sup>1</sup> **Dato obbligatorio per ricevere comunicazioni in riferimento all'istanza prodotta**

- situazione di disagio temporale dovuto a perdita di lavoro debitamente certificata;
- situazione di disagio temporale dovuto a malattia, intendendo per tali quelli dove la presenza di grave malattia costringa all'utilizzo di elevate quantità di acqua necessarie per ridurre il disagio della malattia stessa, debitamente certificata;
- Altre condizioni di disagio debitamente certificate (specificare): \_\_\_\_\_
- 

\*\*\*\*\*

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 101/2018, che i dati personali comunicati ai sensi della presente istanza – **e, quindi, anche quelli riportati nella documentazione allegata** - saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del presente procedimento ed al fine di eventuali aggiornamenti della banca dati anagrafica del soggetto gestore GORI Spa.

*Luogo e data*

*FIRMA*

....., .....

.....

---