



# Comune di Giovinazzo

Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità



Piazza Vittorio Emanuele II – Tel/Fax 0803945073 – Tel 0803949507

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI  
GIOVINAZZO

Oggetto: **Contributi e/o esoneri.**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Giovinazzo in

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

## CHIEDE

- La concessione di un contributo economico
- La concessione di un contributo per l'assistenza sanitaria farmaceutica
- Esonero rifiuti solidi urbani
- Esonero mensa scolastica

Allega:

1. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
2. Copia documento di riconoscimento
3. Ogni altra documentazione utile all'istruttoria

Giovinazzo, \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, inoltre, dà esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge n. 675/98 e s.m.i., consapevole del fatto che, in mancanza del predetto consenso, la richiesta di che trattasi può subire notevole ritardo o impossibilità nella sua definizione.

Il dichiarante

\_\_\_\_\_