



Comune di San Felice del Benaco
Provincia di Brescia
Via XX Settembre n. 11 - c.a.p. 25010
Centralino: Tel. 0365/558611 - Telefax 0365/558623

AREA SERVIZI SOCIALI

Al Comune di San Felice d/B
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: INTERVENTO ECONOMICO AI NUCLEI FAMILIARI PER SPESE SANITARIE, UTENZE DOMESTICHE E CANONE LOCAZIONE - ANNO 2025 -

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
(COGNOME E NOME RICHIEDENTE)

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENTE IN

VIA/PIAZZA

TELEFONO

INDIRIZZO MAIL

RELAZIONE DI PARENTELA CON IL BENEFICIARIO

**FA ISTANZA PER OTTENERE LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO IN OGGETTO
IN RELAZIONE ALLE SPESE SOTENUTE NELL'ANNO 2025 PER:**

☐ **TICKETS SANITARI**

☐ **UTENZE DOMESTICHE (RIISCALDAMENTO, ENERGIA ELETTRICA, ACQUA)**

☐ **CANONE LOCAZIONE**

A FAVORE DI
(COGNOME E NOME BENEFICIARIO)

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENTE IN

VIA/PIAZZA

PERMESSO SOGGIORNO N.

DATA SCADENZA

TELEFONO

INDIRIZZO MAIL

Il termine per la presentazione delle domande è il 05/12/2025

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA

che la persona per cui si richiede il contributo possiede i seguenti requisiti

- ☒ È residente nel Comune di San Felice d/B
- ☒ Ha un'attestazione ISEE (ordinario o corrente) in corso di validità non superiore a € 12.000,00 e precisamente pari a €
- ☐ È pensionato oppure ha un'età non inferiore a 65 anni al 31/12/2025
- ☐ E' proprietario e/o titolare del diritto reale di godimento relativamente alla sola casa di abitazione;
- ☐ Risiede in alloggio in locazione e:
- ☐ ha compilato l'autocertificazione per il contributo canone locazione (vd. Allegato B)
 - ☐ non possiede i requisiti di accesso al contributo canone locazione
- ☒ Non è intestatario di auto con cilindrata superiore ai 2000 cc immatricolate negli ultimi 5 anni, di camper, caravan, roulotte
- ☐ E' intestatario delle utenze domestiche della casa di abitazione
- ☐ E' in possesso delle ricette e scontrini fiscali indicanti il codice fiscale e il totale dell'importo detraibile per il solo acquisto dei farmaci, nonché della documentazione per prestazioni specialistiche diagnostiche e di laboratorio per l'importo di complessivi €

In caso di accoglimento della presente istanza, chiede l'erogazione del contributo mediante:

- ☐ **ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE intestato a** _____

CODICE IBAN IT _____

- ☐ **QUIETANZA DIRETTA** allo sportello di Tesoreria presso Poste Italiane S.P.A. - filiale San Felice d/B
- ☐ **DELEGA A FAVORE DI** _____ (Allegato A)
(COGNOME E NOME DELEGATO)

Allega alla domanda:

- ☒ copia fronte/retro del documento d'identità e del codice fiscale del beneficiario
- ☐ copia fronte/retro del documento d'identità del richiedente SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO
- ☐ in caso di accredito sul conto, copia di un documento dell'Agenzia di credito che riporti l'IBAN
- ☐ in caso di delega, Allegato A "delega alla riscossione del contributo" e ☐ relativi allegati
- ☐ in caso di **residenza in alloggio in locazione**, autocertificazione Allegato B

Data

Firma _____

Il termine per la presentazione delle domande è il 05/12/2025