



*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**