allegare ISEE
e documento identità

VENERABILE ARCICONFRATERNITA
DELLA **MISERICORDIA DI FIRENZE**

DOMANDA DI ASSISTENZA ALIMENTARE

Firenze, _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

in data _____ residente a _____ Via _____

Piano _____ Tel. _____ sul campanello _____

C H I E D E

di essere ammesso all'aiuto alimentare per generi di prima necessità.
A tale scopo informa che il proprio nucleo familiare è composto da:

1) _____ data nascita _____anni _____ - capofamiglia

2) _____ data nascita _____anni _____ - parentela

3) _____ data nascita _____anni _____ - parentela

4) _____ data nascita _____anni _____ - parentela

5) _____ data nascita _____anni _____ - parentela

Altre informazioni

_____

_____

Il richiedente è informato che un incaricato della Misericordia si recherà al domicilio suindicato per una verifica e che tale controllo verrà periodicamente ripetuto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO
Decreto Legislativo 196/03 art.23

Il/La sottoscritto/a _____ quale interessato, ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 art. 4, comma 1 lett. I), presa visione dell'informativa rilasciata ai sensi dell'art. 13 del suindicato Decreto Legislativo

DA' IL CONSENSO

- al trattamento dei suoi dati personali, da svolgersi in conformità a quanto previsto nella suddetta normativa e nel rispetto delle norme sulla privacy
- al trattamento dei suoi dati sensibili ed alla loro comunicazione a terzi secondo quanto previsto dalle norme in materia, dalle autorizzazioni generali del Garante e sulla base di quanto indicato nella normativa

L'INTERESSATO

_____

O.D.V.
E.T.S.
Piazza del Duomo 18/19/20 - 50122 Firenze – tel. 055/239393 – fax 055/292052
c.f. e p.iva 00803490481 - iscritta al RUNTS con n. 76812
info@misericordia.firenze.it - misericordia@pec.misericordia.firenze.it