

**CITTA' DI NOVIGRAD-CITTANOVA  
 ASSESSORATO PER GLI AFFARI DELL'UFFICIO  
 DEL SINDACO, AFFARI GENERALI E  
 ATTIVITA' SOCIALI  
 Piazza grande 1, 52466 NOVIGRAD-CITTANOVA**

**OGGETTO: DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'AIUTO IN DENARO  
 PER I PENSIONATI CON BASSO REDDITO**

**1. DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome, cognome da nubile					
Nome del padre/della madre					
Data e luogo di nascita					
CIP					
Indirizzo di residenza					
Indirizzo di domicilio					
Telefono, cellulare, indirizzo email					
Sono fruitore/fruitrice della:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensione di anzianita'</li> <li>2. Pensione di anzianita' anticipata</li> <li>3. Pensione di invalidita'</li> <li>4. Pensione familiare</li> <li>5. Pensione che prevede l'applicazione del contratto internazionale</li> <li>6. Pensione estera</li> </ol>				
Dal Centro di previdenza sociale di Buie realizzo il diritto/aiuto:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'indennita' minima garantita</li> <li>2. l'aggiunta per l'aiuto e la cura</li> <li>3. Il sussidio di invalidita' personale</li> </ol> </td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'indennita' minima garantita</li> <li>2. l'aggiunta per l'aiuto e la cura</li> <li>3. Il sussidio di invalidita' personale</li> </ol>	
<b>SI</b>	<b>NO</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'indennita' minima garantita</li> <li>2. l'aggiunta per l'aiuto e la cura</li> <li>3. Il sussidio di invalidita' personale</li> </ol>					
Dalla Citta' di Novigrad-Cittanova realizzo il diritto/aiuto:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	_____	
<b>SI</b>	<b>NO</b>				
_____					

**2. PREGO DI EFFETTUARE IL PAGAMENTO A FAVORE DEL CONTO:**

Nome della banca: \_\_\_\_\_

Numero di conto in formato IBAN: HR \_\_\_\_\_

**3.DATI DEL RICHIEDENTE CHE INOLTRA LA RICHIESTA PER CONTO TERZI:  
(quando si effettua la richiesta per un'altra persona)**

Nome e cognome					
Grado di parentela con la persona per la quale si effettua la richiesta	genitore	figlia/o	consorte/ partner extramatrimoniale	tutore/trice	altro (elencare)
Indirizzo di residenza					
Telefono/cellulare					

**Dichiaro:**

- che le informazioni/i dati che ho fornito nel presente modulo sono complete e corrispondono a verita' e che sono a conoscenza che in merito all'esattezza dei dati forniti nella presente domanda rispondo materialmente e penalmente.

**Acconsento che:**

- le informazioni/i dati da me forniti vengano utilizzati nel procedimento di soluzione della domanda, autorizzo la Citta' di Novigrad-Cittanova per la verifica dell'esattezza, il trattamento, la custodia e l'utilizzo anche per altri scopi nell'ambito di competenza della Citta' e dietro necessita' a fornirli agli altri organi statali in conformita' alla legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**4. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

Vi preghiamo di allegare tutta la documentazione necessaria riportata nell'elenco di seguito e di cerchiare il numero davanti al nome del documento che allegate alla presente domanda.

1. La fotocopia della carta di identita' del richiedente
2. La dimostrazione dell'ammontare dell'ultima pensione ricevuta
3. La fotocopia del decreto del Centro di previdenza sociale di Buie in merito al diritto riconosciuto

**In caso di necessita' di ulteriori informazioni, verra' contattato dal referente preposto alla soluzione della richiesta.**