## ASSEGNO STRAORDINARIO INVALIDI DEL LAVORO

Al Comune di Genova

Direzione Politiche Sociali

Via di Francia, 3

6° piano – sala 30

16149 GENOVA

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………...……………………………..

nato/a………………………………………………..il…………………………………………………….…,

residente a……………………………….in via………………………………………..…n....…………. CAP………………., Codice Fiscale………………………………………Telefono………………………

in qualità di:

🞐 Invalido del lavoro al………….%

🞐 vedova di caduto sul lavoro o deceduto per malattie professionali

chiede di poter usufruire di un assegno straordinario. A tal fine dichiara:

🞐 che il proprio nucleo familiare ha un ISEE di Euro……………………………………...

🞐 di aver sostenuto una spesa straordinaria di Euro ……………………………………………. per……………………………………………………………………………………………………….….(\*)

Il/la sottoscritto/a, anche per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, dichiara di essere informato/a:

🞐 che la domanda in esame è presentata tramite l’Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro;

🞐 che i dati personali sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni necessarie alla valutazione e all’eventuale concessione delle prestazioni richieste.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genova, ………………………

Cod. IBAN sul quale effettuare il versamento: …………………………………………………………..

Documentazione allegata:

* attestazione ISEE in corso di validità;
* documentazione in originale comprovante la spesa sostenuta.