

## 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.

(\*) Si intendono straordinarie le spese per: amministrazione condominiale straordinaria, conguagli bollette utenze con importi superiori alla norma, sostituzione di frigoriferi, cucine domestiche, lavatrici e calderine per uso domestico.