

MODULO DI DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL SUSSIDIO DI SOLIDARIETA'
IN FAVORE DEI FARMACISTI IN STATO DI DISOCCUPAZIONE

Provincia di Napoli

All'Ordine dei Farmacisti della

Via Toledo, 156 - 80132 Napoli

Il sottoscritto Dott./Dr.ssa

nato/a a

residente alla Via

CAP

Città

Cod.Fiscale

Tel.

E-mail

CHIEDE

Di poter fruire, per l'anno

, del sussidio di solidarietà stabilito
dal Consiglio dell'Ordine in favore dei Farmacisti in stato di disoccupazione

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può
andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti
dell'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445

- Di essere in stato di disoccupazione dalla data del
 come da allegata certificazione del Centro
Territoriale dell'Impiego di
- Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome - Nome - Codice Fiscale - Grado di parentela con il richiedente

1.

2.

3.

4.

5.

6.

- Che il reddito imponibile complessivo del nucleo familiare ai fini ISEE (Imponibile della Situazione Economica Equivalente), come da allegato certificato è di €

- Che, in caso di accoglimento, il sussidio verrà liquidato mediante accredito su c/c intestato a presso la Banca

Codice IBAN

In attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti.

Napoli, lì _____

Firma
