

DOMANDA DI BONUS BEBE' COMUNALE

Al Comune di
Ospedaletto Euganeo

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____ e residente
a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel n. _____
mail _____

In qualità di

- madre
- padre
- adottante
- legale rappresentante (nel caso di incapacità di agire dell'avente diritto)

CHIEDE

L'EROGAZIONE DEL BONUS BEBE' COMUNALE anno 2025 ATTIVATO CON DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE N. 4 del 28/01/2026

A tal fine

D i c h i a r a

Sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76, del decreto citato, quanto segue:

- di essere residente nel Comune di Ospedaletto Euganeo in Via _____
n. _____ C.A.P. 35045 Provincia PD n. tel/cell _____
(eventuale) indirizzo mail _____
- che il/la bambino/a _____ nato/a il _____
o adottato/a il _____ risulta iscritto all'anagrafe del Comune
di Ospedaletto Euganeo e fa parte del proprio stato di famiglia.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda/dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, di esprimere il proprio consenso affinché i suddetti dati possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento stesso, per la finalità della presente richiesta.

ALLEGATI

- Fotocopia di un documento di identità valido

CHIEDE, inoltre, che il pagamento del contributo venga erogato attraverso accredito su conto corrente bancario o postale (non libretto di risparmio) con il seguente IBAN (allegare):

nazione controllo CIN ABI CAB numero di CC

Intestato a _____ (il codice IBAN deve essere intestato al richiedente).

Luogo e Data

Firma del richiedente