

**AL SIG. PRESIDENTE DELLA PROVINCIA REGIONALE DI**  
**TRAPANI**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ e domiciliato nella via

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

**La fornitura di occhiali da vista trovandosi in condizioni disagiate,**  
per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara, ai sensi del D.P.R..n°.445 del 28/12/2000 al Capo III agli artt. 38  
comma 3, 46, 47, 48 e 76:

**a)** di essere iscritto nelle liste dell'Ufficio di collocamento di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;

**b)** di non essere iscritto nelle liste di collocamento di alcun Comune;

**c)** di prestare attività lavorativa in modo continuativo con un reddito mensile  
di € \_\_\_\_\_;

**d)** di prestare attività lavorativa in modo saltuario con reddito mensile di  
€ \_\_\_\_\_

**e)** di non svolgere nessuna attività lavorativa;

**f)** di possedere, unitamente al nucleo familiare, i seguenti beni immobili:

\_\_\_\_\_

nessuno, (SI specificare quali e le relative rendite catastali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

che il nucleo familiare e composto come segue:

1) _____ nat._ a _____ il _____ _____ relazione di parentela _____ <input type="checkbox"/> lavoro saltuario <input type="checkbox"/> lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ <input type="checkbox"/> disoccupato, <input type="checkbox"/> studente, <input type="checkbox"/> altro.
---

2) _____ nat._ a _____ il _____ _____ relazione di parentela _____ <input type="checkbox"/> lavoro saltuario <input type="checkbox"/> lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ <input type="checkbox"/> disoccupato, <input type="checkbox"/> studente, <input type="checkbox"/> altro.
---

ATTESTAZIONE

3) \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ () lavoro saltuario  
() lavoro continuativo, guadagno mensile € \_\_\_\_\_ () disoccupato,  
() studente, () altro.

4) \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ () lavoro saltuario  
() lavoro continuativo, guadagno mensile € \_\_\_\_\_ () disoccupato,  
() studente, () altro.

5) \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ () lavoro saltuario  
() lavoro continuativo, guadagno mensile € \_\_\_\_\_ () disoccupato,  
() studente, () altro.

6) \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_ () lavoro saltuario  
() lavoro continuativo, guadagno mensile € \_\_\_\_\_ () disoccupato,  
() studente, () altro.

**La Sottoscritta Assistente Sociale Licari Maria Stella attesta che dalle dichiarazioni fornite, il richiedente è autorizzato alla fornitura delle lenti come da certificato medico allegato, ed atteso altresì che il reddito del nucleo familiare (ISE) dichiarato attraverso il modello ISEE allegato non supera il minimo vitale.**

\_\_\_\_\_

Ass. Sociale Licari Maria Stella

\_\_\_\_\_

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 2) Modello ISEE;
- 3) Prescrizione medica specialistica relativa alle lenti richieste;

Dichiara, inoltre, di essere consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000.

Autorizza, ai sensi della legge n.675/96 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'istruzione e definizione della stessa.

\_\_\_\_\_

F I R M A

\_\_\_\_\_