

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

All'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Viterbo
Via Belluno n°28
01100 VITERBO

Il sottoscritto Dott./Dr.ssa _____

nato/a a _____ residente in 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 ammonta ad euro

come da allegato (Mod. Unico o certificazione sostitutiva)

- 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.

Viterbo, li _____

Firma