

MOD. RICHIESTA DI ASSISTENZA

**AL FONDO DI SOLIDARIETA' FORENSE
DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEGLI AVVOCATI DI BOLOGNA**

DOMANDA DI ASSISTENZA

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a: _____ il _____

con residenza al n.ro civ.co di via/piazza _____

Città _____ Cap _____ prov. _____

Tel. _____ cell. _____

Preso atto dell'informativa allegata, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n.446/2000)

– Dichiaro di trovarsi nella condizione di:

- Iscritto/a alla Cassa
- Iscritto/a solo Albi Professionali
- Pensionato/a _____
- Vedovo/a _____
- Parente di I/II grado dell'Avv. _____
- Soggetto a carico dell'Avv. _____
- Altro _____

–Dichiara che il proprio nucleo familiare è composto da:

–Dichiara che i redditi propri e di tutti i componenti il predetto nucleo, relativi ai due anni precedenti, sono stati:

Anno	€
------	---

Anno	€
------	---

A tal fine

CHIEDE

l'assegnazione di un contributo economico assistenziale, in conseguenza delle seguenti circostanze di rilevante entità, che hanno determinato uno stato di bisogno:

Allega la seguente documentazione:

- Stato di famiglia
- CUD anno _____
- Informativa sul trattamento dei dati personali

Data

Firma del dichiarante

Consenso al trattamento dei dati particolari per finalità di natura assistenziale

(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso apponendo la firma, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità di natura assistenziale.

Ricordiamo che in mancanza del Suo consenso l'Ordine degli Avvocati di Bologna non potrà valutare la Sua istanza, che potrebbe comportare il trattamento di categorie particolari di dati personali, relativi alla salute.

Luogo e data

firma dell'interessato