



COMUNE DI BERCHIDDA

Provincia di Sassari

Ufficio Servizi Sociali

Tel 079/7039002

servizisociali@comune.berchidda.ot.it

AI COMUNE DI BERCHIDDA

Ufficio Servizi Sociali

Piazza del Popolo, 5

07022 BERCHIDDA

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'INTERVENTO "LA FAMIGLIA CRESCE": SOSTEGNO ECONOMICO A FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI NUMEROSI – ANNUALITA' 2019 – DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE RAS N. 39/41 DEL 03/10/2019

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____, Prov. _____

n. telefono _____ n. cell. _____

residente a _____ Prov. _____ in Via/loc. _____

C.A.P. _____ Cittadinanza _____ Cod.Fisc. _____

Professione _____

valendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 "Testo Unico sulla documentazione amministrativa" e consapevole, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, delle sanzioni previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dai benefici conseguiti, in base all'articolo 75 del DPR 445/2000,

CHIEDE

Di poter accedere al contributo di cui all'Intervento "La famiglia cresce" previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale RAS n. 39/41 del 03/10/2019

A TAL FINE DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è così composto:

N.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Relazione di parentela
1					Richiedente
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Che nell'ambito della famiglia di fatto composta nel seguente modo:

N.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Relazione di parentela
1					Richiedente
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

la convivenza persiste da almeno sei mesi;

Che i seguenti componenti del nucleo familiare, ivi comprese le famiglie di fatto conviventi da almeno sei mesi, risiedono da almeno 24 mesi nel territorio della Regione:

N.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Relazione di parentela
1					Richiedente
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Che nel proprio nucleo familiare, alla data del 05/11/2019, sono presenti n. _____ figli fiscalmente a carico e di età non superiore a 25 anni;

Che il valore ISEE del nucleo familiare convivente ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159, introdotte dalla legge n. 89 del 26 maggio 2016 articolo 2 sexies è rilasciato dopo il 15/01/2019 è pari ad euro:

--

Che il codice IBAN sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ figli con disabilità (*da comprovare mediante certificazioni sanitarie attestanti lo stato di invalidità o handicap*)

Che in caso di positivo accoglimento della presente istanza le aree prioritarie alle quali il sottoscritto intende destinare il contributo sono quelle specificate di seguito:

- generi di prima necessità
- istruzione scolastica
- formazione
- salute
- benessere e sport
- altro (specificare quali) _____

DICHIARA ALTRESÌ

Che i dati forniti sono completi e veritieri;

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello;

Di essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite;

Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni;

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, qualora da controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal medesimo D.P.R., è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia;

DICHIARA INOLTRE

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modifiche che interverranno nella composizione del proprio nucleo familiare, nella situazione economica o patrimoniale che comportino un cambiamento nella propria posizione ai fini del diritto all'assegno per i nuclei familiari.

N.B. La domanda deve essere compilata in ogni sua parte in stampatello e firmata per esteso dall'interessato.

Elenco documenti allegati all'istanza: (barrare la voce che interessa)

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- Verbali o certificazioni sanitarie attestanti eventuali stati di invalidità o di handicap relativi ai figli presenti nel nucleo familiare del destinatario finale degli interventi;

LUOGO E DATA

FIRMA

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

LUOGO E DATA

FIRMA
