

Da presentare all'Ufficio Protocollo ed entro le ore 12.00 del 12.11.2019

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di

Scano di Montiferro

Oggetto:

Istanza di ammissione all'intervento "La famiglia cresce"; sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi. Annualità 2019 - D.G.R n° 39/41 del 03.10.2019.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale : □□□□□□□□□□□□□□□□

Tel./Cell. _____

trovandosi nelle condizioni di cui al programma approvato con deliberazione della Giunta regionale n° 8/64 del 19/02/2019 e con determinazione prot. n. 5168 rep. n.97 del 7 27-03-2019 dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, Direzione Generale delle politiche sociali Servizio Politiche per la famiglia e l'inclusione sociale e rideterminato con deliberazione D.G.R n° 39/41 del 03.10.2019

CHIEDE

di poter accedere al contributo destinato ai nuclei familiari residenti in Sardegna composti da 3 o più figli a carico di età compresa tra 0 e 25 anni aventi un reddito ISEE non superiore a euro 30.000,00.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica e corrispondente alla dichiarazione ISEE, è la seguente:

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

che nel proprio nucleo familiare, alla data di scadenza della presentazione della domanda, 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 art. 2 sexies in stato di validità è pari ad € _____,00;

che il **CODICE IBAN**, del conto corrente intestato al richiedente, 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** (*come da certificazioni sanitarie allegate*);

che le **aree prioritarie** alle quali il nucleo familiare intende destinare il contributo sono le seguenti (specificare quali):

generi di prima necessità;

istruzione scolastica;

formazione;

salute;

benessere e sport;

altro (specificare quali) _____

Dichiara altresì :

- 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;

ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA:

- attestazione **ISEE** del nucleo familiare convivente rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159 in corso di validità;
- copia 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.

Data _____

Firma
