Allegato A (RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE)

Spett.le
Ambito Territoriale Sociale di
Manduria- capofila

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico "PROGRAMMA DI INTERVENTI PER LE FAMIGLIE NUMEROSE" -

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/aa _____ il _____ residente a _____

In via _____, n. _____.

Codice fiscale _____, tel. _____,

E-mail _____, pec _____,

Cod. IBAN: _____, INTESTATO A_____.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo previsto dall'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai contributi a sostegno delle famiglie numerose con numero di figli conviventi fiscalmente a carico, pari o superiore a tre, compresi eventuali minori in affidamento familiare, in affido preadottivo, oppure, per i cittadini extracomunitari in possesso del permesso di soggiorno o di un permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, residenti in Puglia da almeno sei mesi.
Nello specifico CHIEDE di essere ammesso all'iniziativa che l'Ambito territoriale 7 intende realizzare: SPESE PER TICKET SANITARI E VISITE SPECIALISTICHE.

DICHIARA

Di essereconsapevole dell'effettuazione di controlli da parte dell'Amministrazione

Comunale, delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente concesso sulla base delle dichiarazioni non veritiere, come indicato dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

(compilare e barrare con una X le caselle di interesse)

☐ Di avere residenza in uno dei comuni dell'Ambito territoriale 7:
☐ Comune di Manduria (capofila);
☐ Comune di Sava;
☐ Comune di Fragagnano;
☐ Comune di Torricella;
☐ Comune di Avetrana;
☐ Comune di Lizzano;
☐ Comune di Maruggio.

☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea);

☐ di avere n.___figli di età inferiore a 26 anni, anche nati da un precedente matrimonio/convivenza, facenti parte di altro nucleo familiare residente nei Comuni dell'Ambito territoriale 7, che non sono stati inclusi in altra "istanza per famiglie numerose".

☐ di essere in possesso di una certificazione ISEE in corso di validità e aggiornata allasituazione anagrafica presente alla data di scadenza della domanda, da cui risulti un valore di €_____ (**non superiore a € 25.000,00**, allegare Certificazione ISEE o Dichiarazione Sostitutiva Unica-DSU);

DICHIARA altresì

che il proprio nucleo familiare anagrafico è formato da n.____componenti, di cui n.____ adulti_____ e n._____ figli di età inferiore a 26 anni, anche nati da un precedente matrimonio /convivenza, facenti parte di altro nucleo familiare residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale 7, che non sono stati inclusi in altra istanza per famiglie numerose come di seguito specificato:

COMPONENTE NUCLEO (nome e cognome)		DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA (1)	SITUAZIONE LAVORATIVA (2)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7					
8					
9.					

(1) Riportare la relazione di parentela: R= richiedente; CG= coniuge; F= figlio/figlia; P= padre; M= madre; CN= convivente; A= altro convivente a qualsiasi titolo
(2) specificare se: OCCUPATO; DISOCCUPATO (senza lavoro al momento della domanda); INOCCUPATO (non ha mai lavorato); PENSIONATO; PERCETTORE DI RED (reddito di inclusione) o ADI (assegno di inclusione).

Che nel proprio nucleo familiare:

☐ Sono presenti n._____ componenti con isabilità accertata ai sensi della L. 104/1992.

NOME COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

☐ non sono presenti componenti con disabilità accertata ai sensi della L. 104/1992.

Che il proprio nucleo familiare:

☐ è monoparentale

☐ non è monoparentale

Alla presente allega la sottoelencata documentazione: **(OBBLIGATORIO)**

- Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità, aggiornata alla data di scadenza della domanda. (Non superiore a 25.000,00€).

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del richiedente.

- Stampa dei documenti attestanti le spese sostenute (fatture, bollettini, ricevute, scontrini fiscali, ecc. del minore), per cui si chiede il contributo. (**SONO AMMISSIBILI ESCLUSIVAMENTE LE DOMANDE PERVENUTE CON DOCUMENTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE A PARTIRE DAL MESE DI DICEMBRE 2023 E SUCCESSIVI).**

- Certificazione di disabilità del figlio/dei figli fiscalmente a carico, ai sensi della Ln. 104/1992.

- Certificazione che accerti l'eventuale percezione del RED (REDDITO DI DIGNITA').
  Tale beneficioè cumulabile , altresì, con quelli della misura ReD

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale ed *(barrare la casella di interesse)*

☐ esprime il consenso

☐ non esprime il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Manduria,09/01/2024.

IL /LA DICHIARANTE

_____