ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2 legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,

Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ. modifiche e integrazioni)

 ALL’UFFICIO DI PIANO

AMBITO DI CAMPI SALENTINA

**OGGETTO:** Domanda di ammissione “Contributo a famiglie numerose con un numero di figli conviventi fiscalmente a carico pari o superiore a tre e fino al 26 esimo anno di età”.

  Il/La sottoscritt\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |     |
| Nome |   |
| Data di nascita |   |
| Luogo di nascita |   |
| Codice Fiscale |   |
| Residente  |  |
| Indirizzo |   |
| Telefono |   |
| cellulare |   |

Consapevole delle sanzioni penali e amministrative in caso di dichiarazione mendace e delle possibilità di controllo da parte dell’Amministrazione Comunale, ai sensi dell’art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, pena l’esclusione dal beneficio del contributo

**DICHIARA**

□ di essere cittadinanza italiana o di Paesi facenti parte dell’Unione Europea o

□ di essere cittadino di Paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

□ di essere residenza in uno dei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale di Campi Salentina;

□ di essere composti da un numero di figli, fino al 26essimo anni di età a carico, pari o superiore a 3, che siano figli di uno o di entrambi i genitori del nucleo familiare. Sussiste il requisito anche qualora uno o più figli, appartenenti al nucleo familiare beneficiario, abbiano padre e/o madre differenti dai genitori facenti parte del suddetto nucleo beneficiario;

□ di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità, avendo a riferimento il valore per “prestazioni a favore di minorenni” non superiore ad € 25.000,00.

**DICHIARA, altresì**

che il nucleo familiare alla data della presentazione della domanda è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

il sottoscritto dichiara altresì, che il proprio nucleo familiare è composto da:

* numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_figli minori a carico

* numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_figli maggiorenni a carico\* (maggiore di età fino a 26 anni)

**\*Attenzione**: I figli maggiorenni sono considerati a carico IRPEF dei genitori se hanno redditi non superiori alla soglia di euro 2.840,51 riportata nel Testo Unico delle imposte sui redditi (D.P.R. 22.12.1986, n. 917 art.12, comma 2), tale limite è elevato a 4.000 euro per i figli di età non superiore a ventiquattro anni (ai sensi della Legge 27 dicembre 2017, n. 205).

* che l’ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**C H I E D E**

Il contributo a favore delle famiglie numerose di cui all’Avviso pubblicato con Determina del Responsabile dell’Ufficio di Piano n. 46 del 16.01.2024 per i seguenti interventi: (mettere crocetta sulle spese richieste)

□ **SPESE** relative alle utenze di tipo domestico, del servizio idrico integrato, dell’energia elettrica, del gas naturale, riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

□ **SPESE MEDICHE** - contributo per le spese per Ticket sanitarie e/o visite mediche;

□ **SPESE MEDICHE NON RICONOSCIUTE DAL SSN** - contributo per le spese mediche non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale (quali: occhiali, apparecchi odontoiatrici, protesi ortopediche ecc.) riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

**DICHIARA, inoltre, che**

È a conoscenza del fatto che per il periodo innanzi attestato è possibile richiedere solo una volta il rimborso spese per quest’Avviso e che non è possibile richiedere a rimborso altra documentazione se non quella allegata;

La documentazione di spesa, presentata ed allegata. fa riferimento esclusivamente all’anno 2023 e che quella presentata fuori da tale periodo non sarà considerata utile al rimborso richiesto con il corrente avviso

Alla presente allega la sotto elencata documentazione:

□ Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità;

□ Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente;

□ Copia del permesso di soggiorno o, in caso di rinnovo dello stesso, la ricevuta di presentazione;

□ Stampa dell’elenco delle spese come da Allegato alla domanda di partecipazione;

□ Documenti organizzati secondo l’ordine dell’elenco spese inviato

**CHIEDE**

Che l’importo del contributo venga accreditato sul conto corrente/carta ricaricabile identificata come di seguito indicato:

|  |  |
| --- | --- |
| BANCA  |  |
| FILIALE/AGENZIA  |  |
| INTESTATO A  |  |

Cod. IBAN:

 PAESE CIN EUR CIN ABI CAB N.CONTO CORRENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Numero dei caratteri : 2 1 5 5 12**

IBAN : **Attenzione:** il c.c. postale con ABI: **07601** e CAB: **03384** **non può essere utilizzato** per il pagamento tramite bonifico

**Attenzione**: Per essere sicuri che l’IBAN comunicato sia corretto e che il contributo possa essere erogato senza problemi allegare fotocopia IBAN del conto corrente, intestato al beneficiario o al Delegato all’incasso, rilasciato dalla Banca.

Il/La sottoscritto/a si assume tutte le responsabilità circa la correttezza dei dati inseriti nella presente istanza. Allo stesso tempo si impegna a comunicare eventuali modifiche relative ai dati inseriti, sollevando in toto l’Amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla errata compilazione/comunicazione degli stessi dati.

Il/La sottoscritto/a dichiara che è stato/a informato/a che, in caso di dichiarazione mendace, è soggetto/a alle sanzioni di cui all’art. 496 del c.p. e che è tenuto/a a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi. Dichiara altresì di aver preso visione dell’Avviso e di accettarne tutte le condizioni.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 101/2018, che ha recepito le norme di cui al Regolamento UE 2016/679**.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVISO PUBBLICO PER L’ACCESSO A CONTRIBUTI CONCESSI A FAMIGLIE NUMEROSE**

**ALLEGATO ELENCO DELLE SPESE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **tipologie di spesa finanziabile \*** | **descrizione della spesa comunicata** | **anno di riferimento** | **€** |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |   |
| 14 |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |   |
| 16 |   |   |   |   |
| 17 |   |   |   |   |
| 18 |   |   |   |   |
| 19 |   |   |   |   |
| 20 |   |   |   |   |
| 21 |  |  |  |  |
| **TOTALE** |   |
|  |  |  |  |  |  |
| (\*) specificare la tipologia di spesa come da art. 4 dell’Avviso (bollette luce/gas, spese ticket ecc…) |