

MODULO PER LA DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO  
A SOSTEGNO DEL REDDITO

AL COMUNE DI FILACCIANO  
Servizio Sociale

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....nato/a  
il..... a .....  
Prov..... Stato ..... residente in Filacciano in Via/Piazza  
.....n.....cap..... dal .....  
telefono .....cellulare.....  
Codice fiscale.....  
Stato civile.....

CHIEDE

l'assegnazione di un contributo a sostegno del reddito per l'anno 2015 ai sensi della  
Deliberazione di Giunta Comunale n.33 del 07.09.2015

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e  
con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76  
del Decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio  
ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000  
quanto segue:

(Barrare la casella che interessa)

- di essere residente nel Comune di Filacciano da almeno 3 anni;
- che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

---

---

---

- di aver perso il posto di lavoro ed essere privo di ammortizzatori sociali;
- di essere in possesso di una certificazione ISEE, ai sensi del DPCM 159/2013, dalla quale  
risulta: un valore ISEE per l'anno 2014 di €.....
- di non aver beneficiato di altri interventi di sostegno al reddito, oppure di aver beneficiato  
delle seguenti agevolazioni nell'anno 2014 \_\_\_\_\_
- di richiedere il contributo per la seguente finalità:

---

---

---

- di impegnarsi a dare immediata comunicazione sull'eventuale venir meno delle condizioni  
dichiarate nella presente domanda;

**Allega i seguenti documenti obbligatori per tutti i richiedenti:**

- Certificazione ISEE ,ai sensi del DPCM 159/2013 ,in corso di validità, riferita ai redditi  
dell'anno 2014;
- Documentazione attestante la perdita del lavoro o cessazione dell'attività lavorativa;
- Fotocopia non autenticata del documento di identità, non scaduto.

**Allega altresì eventuali documenti, in suo possesso: (barrare la casella che interessa):**

- Certificato della ASL attestante le condizioni di invalidità;
- Certificato della ASL attestante il riconoscimento di handicap grave ai sensi della L. 104/92;
- Altro: \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO A CUI FAR PERVENIRE EVENTUALI COMUNICAZIONI**

Nome ..... Cognome..... Via  
a. .... Cap. .... prov. ..  
..... TELEFONO ... ..... CELLULARE.....

**MODALITA' DI RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO**

- Pagamento in contanti a mio nome o con quietanza di.....  
Codice fiscale..... da riscuotersi direttamente dal Beneficiario
  - Accredito sul conto corrente bancario/postale n. .... intestato a  
.....presso.....Agenzia .....
- CODICE IBAN .....

Con la firma della presente domanda, il richiedente attesta di avere conoscenza che, ai sensi dell'art. 6 comma 3 del D.P.C.M. N. 221 del 7 maggio 1999, nei confronti dei beneficiari possono essere eseguiti controlli al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite. In caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o use di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 71 del D.P.R. 445/2000 l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della presente dichiarazione, come previsto all'art. 5 del D.P.R. 445/2000.

Il richiedente autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, che verranno trattati nell'ambito del procedimento.

Data, .....

IL DICHIARANTE .....

**Spazio riservato all'Operatore Sociale**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_