

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
telefonocellulare.....
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 _____