

Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, ASL TA

***Ufficio di Piano***

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/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 essere consapevole 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 alla situazione 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 beneficio è 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_