



**Avviso Pubblico per l'ammissione all'intervento "La Famiglia cresce" - Sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi (D.G.R. n.39/41 del 03.10.2019).**

**Scadenza per la presentazione delle domande: 22.11. 2019 – h. 12.00.**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**Ufficio Servizi Sociali**

**(Ambito territoriale PLUS 21)**

**Oggetto: Richiesta partecipazione Avviso Pubblico per l'ammissione all'intervento "La Famiglia cresce – 2° intervento" - Sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi (D.G.R. n.39/41 del 03.10.2019).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter fruire del sostegno economico previsto dall'intervento "La famiglia cresce – 2°".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

### **DICHIARA che**

- Il proprio nucleo familiare non ha già beneficiato del contributo economico di cui al precedente avviso "La famiglia cresce" pubblicato nel 2019 da questo PLUS in attuazione della D.G.R. 8/64 del 19.02.2019;**
- Il proprio nucleo familiare è mono-genitoriale":
  - SI
  - NO
- il proprio nucleo familiare è una famiglia di fatto i cui componenti sono conviventi da almeno sei mesi, di cui almeno **un** componente è residente da almeno 24 mesi nel territorio della Regione Sardegna;
- l'ISEE del nucleo familiare è pari a € \_\_\_\_\_ e che il numero di protocollo della DSU o dell'Attestazione ISEE 2019 è il seguente: \_\_\_\_\_;

il proprio nucleo familiare, ESCLUSO IL SOTTOSCRITTO, è così composto:

N.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	COMPONENTE (es: coniuge, figlio)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_ figli fiscalmente a carico dai 0 ai 25 anni;

**DICHIARA INOLTRE**

Che:

nel nucleo sono presenti n. \_\_\_\_\_ figli disabili (si allega certificazione L. 104/92);

il contributo economico verrà destinato prioritariamente alle seguenti aree, così come indicato nelle Direttive dell' Intervento "La famiglia cresce":

Generi di prima necessità

Istruzione scolastica;

Formazione;

Salute,

Benessere e sport

Altro. Specificare: \_\_\_\_\_

di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata all'Avviso pubblico.

Il sottoscritto, inoltre,

**CHIEDE**

che, in caso di ammissione al beneficio, il contributo riconosciuto venga erogato con accredito sul conto corrente bancario o postale:

(IBAN ordinario intestato o cointestato al sottoscritto)

**Si allegano alla presente i seguenti documenti** (barrare le voci che interessano):

Certificazione L. 104/92;

Copia di documento d'identità in corso di validità

Eventuale altra documentazione \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_