


ALLEGATO B

REGIONE TOSCANA 	Legge regionale n. 45 del 2 agosto 2013 Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale	
ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 3 della l.r. n. 45/2013		ANNO 2014

Al Sindaco del Comune di
PALAZZUOLO SUL SENIO

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi del CAPO II, sezione I della legge regionale n. 45 del 2 agosto 2013, per:

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE NUMEROSE (ART. 3 L.R. 45/2013)

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

RICHIEDENTE														
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)							NOME							
DATA DI NASCITA				COMUNE O STATO DI NASCITA				PROV.						
STATO DI CITTADINANZA										SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
INDIRIZZO DI RESIDENZA				COMUNE DI RESIDENZA				CAP		PROV.				
CF ¹														

¹ Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO		INDIRIZZO E-MAIL	
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

Unico soggetto titolare dei carichi di famiglia;
 Uno dei soggetti titolari dei carichi di famiglia, in quanto l'altro soggetto titolare, come da dichiarazione firmata in calce alla presente istanza, rinuncia a presentare richiesta di contributo.

FIGLI A CARICO

Numero figli a carico in riferimento ai quali si chiede il contributo:

1												
COGNOME E NOME												
LUOGO E DATA DI NASCITA										SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA				
CF.												

2												
COGNOME E NOME												
LUOGO E DATA DI NASCITA										SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA				
CF.												

3												
COGNOME E NOME												
LUOGO E DATA DI NASCITA										SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA				
CF.												

4													
COGNOME E NOME													
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.													

5													
COGNOME E NOME													
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.													

6													
COGNOME E NOME													
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.													

7													
COGNOME E NOME													
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.													

8													
COGNOME E NOME													
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.													

9														
COGNOME E NOME														
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA						
CF.														

10														
COGNOME E NOME														
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA						
CF.														

DICHIARA INOLTRE

Di essere cittadino/a:

- Italiano/a;
- Comunitario/a
- Familiare di cittadino dell'Unione europea in possesso della carta di soggiorno di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 6 febbraio 2007 n. 30 (Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri)
- Titolare dello status di rifugiato ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo 19 novembre 2007 n. 251 (Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione a cittadini di paesi terzi o apolidi della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta)
- Titolare dello status di protezione sussidiaria ai sensi dell'articolo 17 del d. lgs. 251/2007
- Straniero/a in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero)

Di essere residente in Toscana dal 1 gennaio 2013 o da data antecedente;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità con indicatore della situazione economica equivalente inferiore o uguale a 24.000,00 euro;

Di non aver riportato condanne con sentenza definitiva per reati di associazione di tipo mafioso, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita di cui agli articoli 416 bis, 648 bis e 648 ter del codice penale;

CHIEDE

Che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità²:

² Il pagamento tramite assegno circolare ha un limite massimo di 999,99 euro. (L.214, 22 dicembre 2011). Nel

Dichiarazione dell'altro titolare dei carichi di famiglia³

Io sottoscritto

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)								NOME							
DATA DI NASCITA															
CF															

in qualità di altro soggetto titolare dei carichi di famiglia,

DICHIARO

di rinunciare a presentare istanza di contributo ex art. 3 L.R. 45/2013.

Data

Firma

³ Nel caso in cui non sia utilizzata la modalità online tramite TS/CNS (Tessera sanitaria attivata) e la presente dichiarazione non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR 445/2000 art 38).