



Allegato A (RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE)

Spett.le

Ambito Territoriale Sociale di Troia

Cia R. Margherita 80

71029 Troia

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./Cell _____

E-mail _____, pec _____

Cod. IBAN: _____, intestato a _____

CHIEDE

di essere inserito nel programma a favore delle famiglie numerose di cui all'Avviso pubblicato con Determina del Responsabile dell'Ufficio di Piano n. 13 del 13.02.2024 per i seguenti interventi: (mettere crocetta sulle spese richieste)

- ☐ SPESE delle tariffe e delle rette per servizi di competenza comunale riferite all'anno 2023;
- ☐ SPESE per le imposte e tributi di competenza comunale (Irpef comunale, Tari, altre forme di tributi locali) riferite all'anno 2023;
- ☐ SPESE per i servizi e le attività formative e culturali extrascolastiche per i ragazzi (campi scuola, vacanze studio, accesso a musei, teatri, cinema, attività sportive, attività ludico-motorie) riferite all'anno 2023;
- ☐ SPESE MEDICHE NON RICONOSCIUTE DAL SSN (quali: occhiali, apparecchi odontoiatrici, protesi ortopediche, visite specialistiche, ecc.) come da avviso, riferite all'anno 2023.

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

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 essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale di Troia: _____

☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e di essere residenti in un comune dell'Ambito Territoriale di Troia da almeno sei mesi (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 di Troia, 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);

☐ che il nucleo familiare alla data di presentazione della domanda è così composto:

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita	Grado di parentela

☐ Sono presenti n.____ componenti con disabilità accertata ai sensi della L. 104/1992

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data di nascita

☐ 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 (obbligatoria):

- Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità.
- Copia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente.
- Copia Documenti attestanti le spese sostenute nell'anno 2023.
- Certificazione di disabilità del figlio/dei figli fiscalmente a carico, ai sensi della Ln. 104/1992.
Elenco delle spese per le quali si chiede il contributo (schema in allegato).

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che, in caso di dichiarazione mendace, è soggetto/a alle sanzioni di cui all'art. 496 del c.p. e che è tenuto/a a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi. Dichiara altresì di aver preso visione del bando e di accettarne tutte le condizioni.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 101/2018, che ha recepito le norme di cui al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data _____ Firma _____

ELENCO DELLE SPESE

AVVISO FAMIGLIE NUMEROSE

	Tipologie di spesa finanziabile *	Descrizione della spesa comunicata	Anno di riferimento 2023	€
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(*) specificare la tipologia di spesa inserita nella sezione INTERVENTI FINANZIABILI dell'Avviso.