

ALL. 1

Spett.le Comune di Leverano
Via
Menotti n.14
Settore
Servizi Sociali

OGGETTO: “Erogazione di un sostegno economico per il miglioramento della qualità della vita di soggetti anziani e disabili”- Domanda di partecipazione.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _

il _____ residente a _____ Via/Piazza _____

n° _____ cap. _____ tel. _____ Codice fiscale _____;

in qualità di:

- ☐ **soggetto disabile** (certificato ai sensi della L.104/92, art. 3, c. 3)
- ☐ **soggetto anziano di età uguale o superiore a 65 anni - (*invalidità pari almeno al 100%*)**
- ☐ *in deroga alle predette certificazioni **anziano/disabile** con certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza*
- ☐ **altro** _____
(familiare o altro soggetto delegato alla riscossione di benefici economici da parte di terzi)

CHIEDE

a favore di _____

Di ottenere il beneficio di cui all’Avviso Pubblico “Erogazione di un sostegno economico per il miglioramento della qualità della vita di soggetti anziani e disabili” di cui alla deliberazione di G.C. n. 142 del 09/10/2023 ed a tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di essere a conoscenza dei requisiti per l’accesso al beneficio;
- di essere residente nel Comune di Leverano;
- la seguente composizione del nucleo familiare (*riferita al soggetto disabile/anziano per cui si presenta la richiesta*):
- che il valore ISEE ordinario, in corso di validità, è pari ad € _____,00;

Dichiara, inoltre, che nel nucleo familiare (*con riferimento al soggetto disabile/anziano per cui si presenta la richiesta*) sono presenti :

- ☐ a - Anziano/disabile che non fruisce di altre prestazioni economiche connesse ad invalidità accertata
- ☐ b - Anziano/disabile solo senza figli/familiari residenti nel Comune di Leverano
- ☐ c - Coppia di anziani/disabili senza figli/familiari residenti nel Comune di Leverano
- ☐ d - Anziano/disabile solo con figli/familiari residenti nel territorio del Comune di Leverano
- ☐ e - Coppia anziani/disabili con figli/familiari residenti nel territorio del Comune di

Leverano Elenco documenti allegati all'istanza:

- Fotocopia documento di identità valido;
- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità completa di D.S.U.;
- Fotocopia permesso di soggiorno (solo per gli extracomunitari);
- Verbale sanitario comprovante la situazione di handicap grave (art. 3 comma 3 L.104/92);
- Verbale sanitario comprovante l'invalidità almeno pari al 100%;
- Certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza (in deroga alle predette certificazioni);
- Dichiarazione Codice Iban (all.3);
- Eventuale documentazione aggiuntiva e/o di spesa atta ad attestare particolari situazioni rispetto ai parametri di cui all'Avviso;
- Eventuale delega alla riscossione del beneficiario.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere conoscenza che, ai sensi dell'art.71 D.P.R. 445/2000, possono essere eseguiti, anche tramite la Guardia di Finanza, controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed autorizza il Comune ad effettuare tutti gli accertamenti necessari sulla situazione socio-economica del proprio nucleo familiare.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, qualora da controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal medesimo D.P.R., è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Data_____

Firma