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 _____
(tutore - amministratore di sostegno - care giver)

CHIEDE

- per se stesso
- 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. 157 del 16/11/2024.

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 € _____;

Comune di LEVERANO - Cod. Amm. c_e563 - Prot. n. 0021657 del 26/11/2024 13:47 - PARTENZA

Allega alla presente istanza i seguenti documenti:

- 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 del Care giver;
- Dichiarazione Codice Iban (all.3);

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

Informativa e prestazione del consenso al trattamento dei dati ai sensi degli articoli 7, 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 e degli articoli 13 e 23 del Decreto Legislativo 196/2003

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per il quale la presente dichiarazione viene resa e/o il presente documento viene completato.

Data _____

Firma _____