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

| OGGETTO: Richiesta | "Social | family | card". |
|--------------------|---------|--------|--------|
|--------------------|---------|--------|--------|

| Il/la sottoscritto/a | | nato/a a | prov |
|----------------------|-------------|---------------|------------|
| il | residente a | | Via/Piazza |
| n° cap | tel Tit | olo di studio | |
| Codice fiscale | | | |
| T | | | -11 |

Trovandosi nelle condizioni di disagio economico previste dal regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate in vigore presso codesta Amministrazione

CHIEDE

Di ottenere il rilascio della social family card 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 alle 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 criteri per il rilascio della social family card istituita con Delibera di Giunta comunale n. 25 del 12/3/2014, di cui all'avviso pubblico e di accettarli nella loro totalità;
- di essere a conoscenza della circostanza che gli acquisti potranno effettuarsi esclusivamente negli esercizi convenzionati con questo Ente e che i buoni acquisto dovranno essere ritirati presso la sede dei Servizi Sociali Comunali;
- Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

| N | Cognome e nome | Data di nascita | Codice fiscale | Grado parentela | Attività svolta |
|---|----------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | ouro) aha il muomio muoloa fa | amiliana à maissa d | li uno doi coniusi non i | Lacovente meti | | |
|---------------------------|---|---------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| | orre) che il proprio nucleo fa ficare se vedovanza, | separazion | 0 1 | o di abbandono | | |
| he il v | alore ISEE del nucleo famil presentazione della presente | iare convivente, | certificato in data non | antecedente ad | un anno dalla | |
| he le | somme ad ogni titolo pero | cepite, negli ulti | mi 12 mesi precedent | ti la data di pi | resentazione (| |
| | domanda, dal sottoscritto e d | - | | | | |
| | eguenti: (es. indennità di ac assidi economici di varia nat | | • | ivile, rendite II | NAIL, pension | |
| 71 u , 5c | issiai economici di varia nac | ara, ca ogiii arar | entrata esentasse). | | | |
| | Cognome e nome | | Tipo di entrata | | Totale importo ultimi 12 mesi | |
| | | | percepita | ululili 12 | illesi | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| he l'al | loggio in cui vive con il pro | prio nucleo fami | liare è occupato a titolo | o di: | | |
| Prop | | | ro (specificare) | | | |
| ndicare 1 <i>linea</i> | persone tenute agli alimenti, e le generalità dei tenuti agli retta(solo in caso di totale auti sopra indicati) | alimenti ricomp | resi nelle seguenti cate | egorie <u>se non co</u> | onviventi: | |
| | Nome e cognome | Grado di parentela | indir | izzo | n° telefono | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | locumenti allegati all'ista | ınza: | | | | |
| enco a | Modello ISEE, comprensivo | | ti, di data non superore | ad un anno da | lla data della | |
| - N | resente domanda; Copia documento di identità; | | | | | |

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere conoscenza che, ai sensi dell'art.71 D.P.R. 445/2000, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, anche effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari ed autorizza il Comune ad effettuare tutti gli accertamenti necessari sulla situazione socio-economica del proprio nucleo familiare nonché sui familiari tenuti all'obbligo alimentare, di cui sopra.

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 | | |
|--|---|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Informazioni relative alla raccolta dei dati personali (| D. Lgs. 196 del 30.6.2003 | | |
| <u>Finalità della raccolta:</u> la presente raccolta persegue finalità istituziona | ali e riguarda adempimenti di legge e di | | |
| regolamento; | | | |
| Modalità di trattamento: Il trattamento di tali dati avviene tramite l'in e/o l'aggiornamento di archivi cartacei. Le informazioni in tal mo | | | |
| incrociate e utilizzate cumulativamente. | : Cini dall'attanimanta dalla musataniana | | |
| Obbligo di comunicazione: La comunicazione dei dati è necessaria ai assistenziale, | inni den ottenimento dena prestazione | | |
| <u>Comunicazione e diffusione:</u> La comunicazione e la diffusione dei dat di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali. | i avverrà sulla base di norme di legge o | | |
| <u>Diritti dell'interessato:</u> L'interessato ha diritto di conoscere, cance trattamento dei dati personali nonché di esercitare gli altri diritti ricono | | | |
| Data | Firma del dichiarante | | |
| | | | |