ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,

Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

AL RESPONSABILE DELL’UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3 -NARDO’

**OGGETTO: Richiesta di partecipazione all’Avviso Pubblico “PROGRAMMA DI INTERVENTI PER LE FAMIGLIE NUMEROSE - ANNI 2024 / 2025”**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

* che il nucleo familiare alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è così composto alla data del ……………………:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che l’ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pertanto

***C H I E D E***

**di essere inserito nel programma a favore delle famiglie numerose di cui all’Avviso pubblicato 26/02/2024 per i seguenti interventi: (mettere crocetta sulle spese richieste)**

□ **(A) CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL PAGAMENTO DELL’AFFITTO;**

□ **(B) UTENZE VARIE (**luce, gas e acqua);

□ **(C) SPESE MEDICHE E VISITE SPECIALISTICHE NON RICONOSCIUTE DAL SSN** -

**DICHIARA**, inoltre, che

* È a conoscenza del fatto che per il periodo innanzi attestato è possibile richiedere solo una volta il rimborso spese per quest’avviso e che non è possibile richiedere a rimborso altra documentazione se non quella allegata
* La documentazione presentata ed allegata fa riferimento esclusivamente agli anni 2020 e 2023 e che quella presentata ma fuori da tale periodo non sarà considerata utile al rimborso richiesto con il corrente avviso

Alla presente allega la sottoelencata documentazione:

□ Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità,

□ Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente,

□ Stampa dell’elenco delle spese come da Allegato alla domanda di partecipazione,

□ Documenti in originali organizzati secondo l’ordine dell’elenco spese inviato

Il/La sottoscritto/a dichiara che è stato/a 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     

**NARDÒ COPERTINO GALATONE LEVERANO PORTO CESAREO SECLÌ**

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3 – NARDÒ**

**Via G. Falcone, 1 - 73048 Nardò (LE)**

**PEC:** [**ambito3@pecnardo.it**](mailto:ambito3@pecnardo.it) **– Tel. 0833/838432/276**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**AVVISO FAMIGLIE NUMEROSE 2024 / 2025**  **ALLEGATO ELENCO DELLE SPESE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **tipologie di spesa finanziabile \*** | **descrizione della spesa comunicata** | | **anno di riferimento** | **€** | |  |  |  |  |
| 1 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 11 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 12 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 13 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 14 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 15 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 16 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 17 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 18 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 19 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 20 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 21 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 22 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 23 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 24 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |
| (\*) specificare la tipologia di spesa inserita nella sezione INTERVENTI FINANZIABILI dell'Avviso | | | | | | | |  |  |  |