



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano,
Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2 legge 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)

ALL'UFFICIO DI PIANO
AMBITO DI CAMPI SALENTINA

OGGETTO: Domanda di ammissione “Contributo a famiglie numerose con un numero di figli conviventi fiscalmente a carico pari o superiore a tre e fino al 26 esimo anno di età”.

Il/La sottoscritt_____

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Residente	
Indirizzo	
Telefono	
cellulare	

Consapevole delle sanzioni penali e amministrative in caso di dichiarazione mendace e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, pena l'esclusione dal beneficio del contributo

DICHIARA

- di essere cittadina italiana o di Paesi facenti parte dell'Unione Europea o
- di essere cittadino di Paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

- di essere residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Campi Salentina;
- di essere composti da un numero di figli, fino al 26esimo anni di età a carico, pari o superiore a 3, che siano figli di uno o di entrambi i genitori del nucleo familiare. Sussiste il requisito anche qualora uno o più figli, appartenenti al nucleo familiare beneficiario, abbiano padre e/o madre differenti dai genitori facenti parte del suddetto nucleo beneficiario;
- di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità, avendo a riferimento il valore per "prestazioni a favore di minorenni" non superiore ad € 25.000,00.

DICHIARA, altresì

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

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

il sottoscritto dichiara altresì, che il proprio nucleo familiare è composto da:

- numero _____ figli minori a carico
- numero _____ figli maggiorenni a carico* (maggiore di età fino a 26 anni)



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

***Attenzione:** I figli maggiorenni sono considerati a carico IRPEF dei genitori se hanno redditi non superiori alla soglia di euro 2.840,51 riportata nel Testo Unico delle imposte sui redditi (D.P.R. 22.12.1986, n. 917 art.12, comma 2), tale limite è elevato a 4.000 euro per i figli di età non superiore a ventiquattro anni (ai sensi della Legge 27 dicembre 2017, n. 205).

- che l'ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € _____.

CHIEDE

Il contributo a favore delle famiglie numerose di cui all'Avviso pubblicato con Determina del Responsabile dell'Ufficio di Piano n. 46 del 16.01.2024 per i seguenti interventi: (mettere crocetta sulle spese richieste)

- SPESE** relative alle utenze di tipo domestico, del servizio idrico integrato, dell'energia elettrica, del gas naturale, riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;
- SPESE MEDICHE** - contributo per le spese per Ticket sanitarie e/o visite mediche;
- SPESE MEDICHE NON RICONOSCIUTE DAL SSN** - contributo per le spese mediche non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale (quali: occhiali, apparecchi odontoiatrici, protesi ortopediche ecc.) riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

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 di spesa, presentata ed allegata, fa riferimento esclusivamente all'anno 2023 e che quella presentata fuori da tale periodo non sarà considerata utile al rimborso richiesto con il corrente avviso

Alla presente allega la sotto elencata documentazione:

- Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente;
- Copia del permesso di soggiorno o, in caso di rinnovo dello stesso, la ricevuta di presentazione;
- Stampa dell'elenco delle spese come da Allegato alla domanda di partecipazione;
- Documenti organizzati secondo l'ordine dell'elenco spese inviato



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

CHIEDE

Che l'importo del contributo venga accreditato sul conto corrente/carta ricaricabile identificata come di seguito indicato:

BANCA	
FILIALE/AGENZIA	
INTESTATO A	

Cod. IBAN:

PAESE	CIN	EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE
IT						

Numero dei caratteri : 2 1 5 5 12

IBAN : **Attenzione:** il c.c. postale con ABI: **07601** e CAB: **03384 non può essere utilizzato** per il pagamento tramite bonifico

Attenzione: Per essere sicuri che l'IBAN comunicato sia corretto e che il contributo possa essere erogato senza problemi allegare fotocopia IBAN del conto corrente, intestato al beneficiario o al Delegato all'incasso, rilasciato dalla Banca.

Il/La sottoscritto/a si assume tutte le responsabilità circa la correttezza dei dati inseriti nella presente istanza. Allo stesso tempo si impegna a comunicare eventuali modifiche relative ai dati inseriti, sollevando in toto l'Amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla errata compilazione/comunicazione degli stessi dati.

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 dell'Avviso 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 _____



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano,
Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO A CONTRIBUTI CONCESSI A FAMIGLIE NUMEROSE 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				
TOTALE				

(*) specificare la tipologia di spesa come da art. 4 dell'Avviso (bollette luce/gas, spese ticket ecc...)