

Legge regionale n. 45 del 2 agosto 2013
Interventi di sostegno finanziario in favore delle
famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e
per il contrasto al disagio sociale

ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 4 della l.r. n. 45/2013

ANNO 2015

Al Sindaco del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi del CAPO II, sezione I della legge regionale n. 45 del 2 agosto 2013, per:

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON PERSONA DISABILE
(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)
(art.4 l.r. 45/2013)

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

RICHIEDENTE													
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)							NOME						
DATA DI NASCITA				COMUNE O STATO DI NASCITA				PROV.					
STATO DI CITTADINANZA							SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
INDIRIZZO DI RESIDENZA				COMUNE DI RESIDENZA				CAP		PROV.			
CF ²													

1 Per ciascuna persona disabile deve essere redatta singola istanza

2 Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

Unico soggetto titolare dei carichi di famiglia;

Uno dei soggetti titolari dei carichi di famiglia, in quanto l'altro soggetto titolare, come da dichiarazione firmata in calce alla presente istanza, rinuncia a presentare richiesta di contributo.

PERSONA DISABILE A CARICO			
COGNOME E NOME			
LUOGO E DATA DI NASCITA			SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
CF.			

DICHIARA INOLTRE

Di essere cittadino/a:

- Italiano/a;
- Comunitario/a
- Familiare di cittadino dell'Unione europea in possesso della carta di soggiorno di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 6 febbraio 2007 n. 30 (Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri)
- Titolare dello status di rifugiato ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo 19 novembre 2007 n. 251 (Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione a cittadini di paesi terzi o apolidi della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta)
- Titolare dello status di protezione sussidiaria ai sensi dell'articolo 17 del d. lgs. 251/2007
- Straniero/a in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero)

Che i componenti del nucleo familiare³ sono residenti in Toscana in modo continuativo dal 1 gennaio 2010 o da data antecedente (o dalla nascita per il soggetto disabile con età uguale o inferiore ai 5 anni);

Che il nucleo familiare non risiede in strutture occupate abusivamente;

³ Con riferimento alla presente istanza sono da intendersi componenti del nucleo familiare il soggetto o i soggetti richiedenti titolari del carico fiscale e la persona disabile in ragione della quale il contributo viene richiesto.

Dichiarazione di rinuncia all'istanza di contributo dell'altro soggetto titolare dei carichi di famiglia⁵

Io sottoscritto

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)	NOME														
DATA DI NASCITA															
CF															

in qualità di altro soggetto titolare dei carichi di famiglia

DICHIARO

di rinunciare a presentare istanza di contributo ex art. 4 L.R. 45/2013.

Data

Firma

⁵ Nel caso in cui non sia utilizzata la modalità online tramite TS/CNS (Tessera sanitaria attivata) e la presente dichiarazione non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR 445/2000 art 38).