**All’Ambito Territoriale Sociale di Modugno-Bitetto-Bitritto**

**c.a. Ufficio di Piano – Comune di Modugno**

**“MODELLO A”**

**OGGETTO: ISTANZA AVVISO PUBBLICO PER L’ATTUAZIONE DI PROGRAMMA DI INTERVENTI E MISURE DI SOSTEGNO PER IL BENESSERE DELLE FAMIGLIE NUMEROSE – CUP B44D24003920002.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME |  | |
| NOME |  | |
| LUOGO DI NASCITA |  | |
| DATA DI NASCITA |  | |
| RESIDENZA | COMUNE |  |
| VIA |  |
| N. CIVICO |  |
| STATO CIVILE |  | |
| CODICE FISCALE |  | |
| TELEFONO FISSO |  | |
| CELLULARE |  | |
| E-MAIL |  | |
| PEC (eventuale) |  | |

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste dagli artt. 75 e 76, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per l’ipotesi di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare risiede nel Comune di …. ed è cosi composto:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME** | **NOME** | **LUOGO DI NASCITA** | **DATA DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **GRADO**  **PARENTELA** | **INVALIDITÀ**  **EX ART. 3, LEGGE 104/1992**  **(indicare SI o NO)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

□ di essere cittadino italiano;

o

□ di possedere il permesso di soggiorno UE per i soggiornanti di lungo periodo o il permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;

□ che l’ISEE ORDINARIO del proprio nucleo familiare, rilasciato nel 2025 ed in corso di validità è pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o

□ di aver presentato la DSU protocollo numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di essere in attesa del rilascio dell’attestazione ISEE 2024, comunque inferiore ad euro 25.000,00 ;

**C H I E D E**

**di accedere al contributo per le famiglie numerose di cui all’Avviso pubblicato con Determinazione Dirigenziale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_ per i seguenti interventi:**

**(mettere crocetta sulle spese richieste)**

□ **SPESE** per i servizi e le attività formative e culturali extrascolastiche per i ragazzi (campi scuola, vacanze studio, accesso a musei, teatri, cinema, attività sportive, attività ludico-motorie) sostenute nel corso dell’anno 2024, pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Linea 1);

□ **SPESE** per ticket sanitari e visite specialistiche sostenute nel corso dell’anno 2024, pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Linea 2);

**DICHIARA**, di aver sostenuto nell’anno 2024 per la Linea di intervento 1, spese per complessivi euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da documenti allegati e dettagliati;

**DICHIARA**, di aver sostenuto nell’anno 2024, per la Linea di intervento 2, spese per complessivi euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da documenti allegati e dettagliati;

**DICHIARA**, inoltre, di essere a conoscenza del fatto che per il periodo innanzi attestato è possibile richiedere solo una volta il rimborso delle spese e che non è possibile richiedere a rimborso altra documentazione se non quella allegata.

**CHIEDE**

il pagamento del rimborso come documentato, di complessivi euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante versamento sul seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONTO CORRENTE  (barrare la casella di interesse) | BANCARIO | POSTALE |
| CODICE IBAN |  | |

Intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale intestatario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INFINE**:

* di autorizzare l’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale Sociale di Modugno ad espletare i necessari controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell’art 12 di cui all’Avviso;
* di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i suoi dati personali, anche riferiti a condizioni di salute, saranno raccolti dal Comune di Modugno (BA) e trattati esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo/la riguardano;
* di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), il Comune di Modugno (BA) a raccogliere e trattare i propri dati personali esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo/la riguardano.

LUOGO E DATA FIRMA DEL DICHIARANTE

Alla presente allega la sottoelencata documentazione:

* fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente;
* elenco delle spese (come da modello che segue);
* copia documenti attestanti le spese (chiaramente ascrivibili ad uno dei componenti il nucleo familiare).

LUOGO E DATA FIRMA DEL DICHIARANTE

**AVVISO PUBBLICO**

**INTERVENTI PER IL BENESSERE DELLE FAMIGLIE NUMEROSE**

**ALLEGATO ELENCO DELLE SPESE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Tipologie di spesa finanziabile\* Linea 1/ Linea 2** | **Descrizione della spesa comunicata** | | **Data della spesa** | **Importo della spesa in euro** | |  |  |  |  |
| 1 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |  |
| *(\*) specificare la tipologia di spesa inserita nella sezione INTERVENTI FINANZIABILI dell'Avviso.* | | | | | | | |  |  |  |

LUOGO E DATA FIRMA DEL DICHIARANTE