



Alla Responsabile del Settore Politiche Sociali  
Dott. Tommasina Vano  
All'Assessore alle Politiche Sociali  
Avv. Imma Marsilio

ALLEGATO A

**DOMANDA PER L'ACCESO AI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI "UNA TANTUM" A SOSTEGNO DI PERSONE/FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ. ASSISTENZA EX ECA.**  
**(Da compilare e protocollare, perentoriamente pena esclusione, dal 07/10/2024 fino al 04/11/2024 alle ore 12:00 presso l'Ufficio Protocollo sito in Piazza IV Novembre)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

opzioni di pagamento:

☐ IBAN: \_\_\_\_\_ (se  
ne allega copia);

**SI RICORDA CHE L'IBAN DEVE ESSERE INTESTATO A CHI PRESENTA LA DOMANDA.**  
**NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI.**

**DICHIARA**

- Di avere la cittadinanza:
  - ☐ Italiana
  - ☐ Comunitaria
  - ☐ Extracomunitari con regolare permesso di soggiorno (allega copia documento)
- che il nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_\_ minori, così formato:

| NOME E COGNOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | CODICE FISCALE | PROFESSIONE |
|----------------|-------------------------|----------------|-------------|
|                |                         |                |             |
|                |                         |                |             |
|                |                         |                |             |
|                |                         |                |             |

Pag. 1 a 4



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- che all'interno del nucleo familiare, è presente uno o più soggetti con invalidità accertata superiore al 74%:
  - ☐ SI (Si allega certificazione rilasciata dall'INPS della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità);
  - ☐ NO;
- che l'attuale occupazione lavorativa è la seguente:
  - ☐ Occupato presso \_\_\_\_\_ (allega copia **ultima busta paga**);
  - ☐ Disoccupato/inoccupato di lunga durata;
  - ☐ Lavoro saltuario pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - ☐ Percettore ADI o altri sostegni pubblici pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - ☐ Percettore di assegno unico pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - ☐ Aiuto da parte dei familiari pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - ☐ Pensione pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
- Che l'I.S.E.E. in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_ (se ne allega copia);
- Che l'immobile in cui risiede il nucleo familiare è:
  - ☐ di proprietà;
  - ☐ in affitto pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - ☐ pagamento eventuale mutuo pari ad € \_\_\_\_\_;
  - ☐ in usufrutto;
  - ☐ concesso in comodato d'uso gratuito da \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto è altresì a conoscenza che possono essere eseguiti controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni rese, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000. – ai sensi del Regolamento Comunale di interventi di assistenza economica.

Il sottoscritto è a conoscenza che il Servizio Sociale utilizzerà la presente autocertificazione ai fini di una valutazione complessiva della situazione economica del nucleo, valutazione finalizzata alla formulazione del progetto di intervento.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale che si assume, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.200 n.445, per falsità in atti mendaci, dichiara di aver compilato correttamente questo modulo e dichiara inoltre, di essere a conoscenza che sui suoi dati dichiarati potranno essere effettuati dei controlli di veridicità.



**SPONTANEAMENTE DICHIARO** di autorizzare, secondo quanto previsto ex D.Lgs.n.196/03 e del GDPR (R. UE 2016/679), il trattamento dei miei dati personali.

**SI ALLEGA, pena di esclusione:**

- Copia documento di riconoscimento e codice fiscale;
- Allegato B- Modulo aggiuntivo;
- Isee in corso di validità;
- Copia dell'IBAN;
- Eventuale certificazione rilasciata dall'INPS della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità;
- eventuale copia ultima busta paga;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



ALLEGATO B

**Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
**(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )**

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente  
a Succivo in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Al fine di consentire una completa valutazione della domanda di accesso agevolato ai servizi comunali, autocertifica sotto la propria responsabilità, che il nucleo familiare anagrafico di cui fa parte ha le seguenti spese ed entro mensili corrispondenti agli assegni e/o contributo indicati:

| ENTRATE MENSILI                         | € |
|-----------------------------------------|---|
| ADI                                     |   |
| PENSIONE                                |   |
| PENSIONE DI<br>INVALIDITA'              |   |
| AIUTO DA PARENTI                        |   |
| LAVORO<br>CONTRATTUALIZZATO             |   |
| LAVORO SALTUARIO                        |   |
| INDENNITA' MENSILE<br>DI DISOCCUPAZIONE |   |
| ASSEGNO UNICO                           |   |
| ALTRO                                   |   |
| <b>TOTALE ENTRATE</b>                   |   |

| SPESE MENSILI        | € |
|----------------------|---|
| BENI PRIMARI         |   |
| MEDICHE              |   |
| BOLLETTE             |   |
| FITTO                |   |
|                      |   |
| ALTRO                |   |
|                      |   |
|                      |   |
| <b>TOTALE USCITE</b> |   |

Il sottoscritto è a conoscenza che il Servizio sociale utilizzerà la presente autocertificazione ai fini di una valutazione complessiva della situazione economica del nucleo, valutazione finalizzata alla formulazione del progetto di intervento.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale che si assume, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.200 n.445, per falsità in atti mendaci, dichiara di aver compilato correttamente questo modulo, dichiara inoltre, di essere a conoscenza che sui suoi dati dichiarati potranno essere effettuati dei controlli di veridicità.

**SPONTANEAMENTE DICHIARO** di autorizzare, secondo quanto previsto ex D.Lgs.n.196/03, il trattamento dei miei dati personali.

Succivo, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_