



**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.**

(Le domande di partecipazione al presente bando dovranno essere compilate unicamente su apposito allegato A e B, a partire dal 22/10/2025 fino al 07/11/2025 alle ore 12:00 e dovranno essere presentate in una delle seguenti modalità:

- consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Succivo negli orari di apertura al pubblico. In tal caso farà fede la data apposta dal protocollo comunale;

- tramite pec [affarigenerali.succivo@postecert.it](mailto:affarigenerali.succivo@postecert.it) con oggetto "Richiesta contributi economici straordinari "una tantum" ex eca". Ai sensi del D.Lgs. 82/2005 la PEC ha pieno valore legale e farà fede la data e l'orario di ricezione del messaggio nella casella pec dell'Ente;

- invio a mezzo raccomandata A/R indirizzata a Comune di Succivo, Piazza IV Novembre, n. 8 – Ufficio Affari Generali- con oggetto "Richiesta contributi economici straordinari "una tantum" ex eca". In tal caso farà fede la data del timbro postale di spedizione, come previsto dalla normativa vigente)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

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

- 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 sociale, da lavoro e/o reversibilità pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
- Che l'I.S.E.E. in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_ (se ne allega copia);
- Che il patrimonio mobiliare è pari ad € \_\_\_\_\_



- Che l'immobile in cui risiede il nucleo familiare è:
  - ☐ di proprietà;
  - ☐ in affitto pari ad € \_\_\_\_\_ mensili (**se ne allega copia del contratto registrato o dell'ultima ricevuta di pagamento**);
  - ☐ pagamento eventuale mutuo pari ad € \_\_\_\_\_ (**se ne allega copia del contratto o dell'ultima ricevuta di pagamento**);
  - ☐ 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 dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente e senza riserve tutte le disposizioni contenute nell'avviso pubblico per l'accesso ai contributi economici straordinari "una tantum" a sostegno di persone/famiglie in difficoltà. Assistenza ex eca.

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.

**DICHIARO** inoltre di autorizzare, secondo quanto previsto ex D.Lgs.n.196/03 e del GDPR (R. UE 2016/679), il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse al presente procedimento.

**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;
- Eventuale copia del contratto di locazione o dell'ultima ricevuta di pagamento dell'affitto o del mutuo.

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. \_\_\_\_\_

| ENTRATE MENSILI                         | € |
|-----------------------------------------|---|
| ADI                                     |   |
| PENSIONE                                |   |
| 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                |   |
| MUTUO                |   |
| 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, finalizzata alla formulazione della graduatoria e/o definizione di eventuali interventi di sostegno.

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, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_