

**Comuni di Pelago, Pontassieve, Rufina**  
**S.A.A.S.- Servizio Associato Assistenza Sociale**  
*SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA ZONA FIORENTINA SUD-EST*

**Domanda per l'assegnazione di contributi per il sostegno alla natalità anni 2007/2008**  
**(deliberazione CR 208/03 e deliberazione Esecutivo S.d.S n. 1/07).**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**( Art. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)**

Domanda n. \_\_\_\_\_  
Ricevuta il \_\_\_\_\_  
Spedita il \_\_\_\_\_  
Prot \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )  
In Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Per conto di \_\_\_\_\_  
*(Indicare generalità)*

In qualità di

- Madre**
- Padre**
- Tutore**
- Affidatario/a preadottivo/a** con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_
- Adottante** con provvedimento n. ....del Tribunale di \_\_\_\_\_
- Altro** .....

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 DPR 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA**

*( barrare la voce che interessa)*

- Di essere cittadino italiano;**
- Di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;**
- Di essere cittadino di altro Stato titolare di permesso di soggiorno o di carta di soggiorno;**
- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ nc. \_\_\_\_\_;**
- Di essere nucleo familiare con numero \_\_\_\_\_ figli nati rispettivamente**  
**Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**  
**Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**  
**Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**  
**Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**  
**Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;**

- Di essere nucleo monogenitoriale con numero \_\_\_\_\_ figli nati rispettivamente:  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ :
- Di essere gestante in difficoltà

**DICHIARA**

- Che i redditi ed il patrimonio posseduti sono quelli risultanti dalla attestazione ISEE rilasciata in data \_\_\_\_\_;
- Che i seguenti componenti del nucleo familiare sono fiscalmente a carico del richiedente:  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_
- Che i seguenti componenti del nucleo familiare sono minori disabili, come risulta dalle allegare certificazioni:  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_
- Che ha usufruito delle provvidenze erogate ai sensi dell'art. 65 della L. 448/98 ( assegno al nucleo familiare) nell'anno \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ complessive

Sotto la propria responsabilità di possedere le seguenti condizioni ( barrare la casella)

- Nucleo familiare con 1 o più minori, di cui almeno uno di età inferiore ai tre anni;  
 Nucleo familiare monogenitoriale con almeno un minore di età inferiore ai tre anni;  
 Nucleo familiare con minori disabili;  
 Gestante in difficoltà  
 Reddito del nucleo familiare non superiore ad una pensione minima INPS riferito all'anno \_\_\_\_\_ ;

**ALLEGA**

- Attestazione ISEE

**ALLEGA** altresì,

Trovandosi nelle seguenti condizioni allega i documenti previsti:

- Certificato della ASL rilasciato dal M.O.M. (per Minori di età inferiore ai tre anni);  
 Certificato della ASL attestante il riconoscimento di handicap ai sensi della L. 104/92  
 Certificato di gravidanza.

Non intendendo avvalersi della autocertificazione allega i seguenti documenti:

- Provvedimento di separazione omologato del Tribunale  
 Sentenza di separazione  
 Permesso di soggiorno  
 Carta di soggiorno  
 Altro

**AI SENSI DELL'ART.71 DEL DPR 445/00 QUESTA AMMINISTRAZIONE COMUNALE E' TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA.**

**CHIEDE**

Che l'indirizzo presso il quale devono essere inviate tutte le comunicazioni è il seguente:

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CHIEDE INOLTRE**

che tale assegno venga corrisposto tramite la seguente modalità di pagamento:

- Assegno con valuta in Euro;
- Pagamento in contanti a mio nome con quietanza di \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ da riscuotere presso la Tesoreria Comunale presso (indicare BANCA) \_\_\_\_\_ Ag di \_\_\_\_\_;
- Accredito sul conto corrente con valuta in Euro  
Nome della Banca \_\_\_\_\_  
Codice ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ Numero c/c \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ ;

**DICHIARA ALTRESI'**

di essere stato informato, ai sensi del D Lgs 196/03, delle finalità e modalità del trattamento dei dati, della natura obbligatoria del loro conferimento, del fatto che il rifiuto di corrispondere comporta l'impossibilità di ottenere il provvedimento richiesto, dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e del loro ambito di diffusione, che il titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di ..... e che i dati vengono utilizzati per il raggiungimento dei propri fini istituzionali.  
Data .....

**FIRMA DEL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_  
(da apporre in presenza del dipendente addetto alla ricezione dell'istanza)

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del dipendente incaricato

.....  
.....

Lì.....

.....  
(firma, timbro personale, timbro dell'ufficio)

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo.....  
Allegando copia fotostatica di documento d'identità.

*La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore ( art.38DPR 445/00).*

**Nel caso in cui il richiedente l'assegno di nucleo familiare sia soggetto a :**

- Potestà dei genitori**
- Tutela**
- Curatela**

**la sottoscrizione spetta al genitore esercente la potestà, al tutore o all'interessato con l'assistenza del curatore:**

**Il Sig./Sig.ra ( cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_**  
**il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_**

**In possesso del provvedimento di tutela/curatela n. \_\_\_\_\_ emesso dal**  
**Giudice \_\_\_\_\_**

**In caso di impedimento alla sottoscrizione:**

**Spazio riservato al pubblico ufficiale che attesta la dichiarazione di chi non sa o non può firmare o si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute ( art.4 DPR 445/2000):**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ( dipendente addetto) riceve la dichiarazione:**

- Del sig./ra ( Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_**
- Oppure**

- Del parente ( indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_**  
**( Cognome) \_\_\_\_\_ ( Nome) \_\_\_\_\_**

**il quale dichiara che il richiedente risulta impedito temporaneamente per ragioni connesse allo stato di salute, della cui identità si è accertato tramite documento di riconoscimento:**

\_\_\_\_\_ **rilasciato**

**da**

\_\_\_\_\_ **il** \_\_/\_\_/\_\_

**IL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_**

**( Timbro e firma per esteso)**