



PLUS Ambito Distretto di Oristano



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Al Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda di partecipazione all'intervento "La famiglia cresce": sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi.**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_, nella sua qualità di genitore dei figli riportati nel prospetto più in basso,

sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

in quanto in possesso dei requisiti richiesti

### CHIEDE

di poter accedere ai benefici previsti dall'intervento "La famiglia cresce": sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi.

Allo scopo

### DICHIARA

1. di avere fiscalmente a carico i figli di seguito indicati di età compresa fra 0 e 25 anni:

| Nome | Cognome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|------|---------|------------------|-----------------|
|      |         |                  |                 |
|      |         |                  |                 |
|      |         |                  |                 |
|      |         |                  |                 |
|      |         |                  |                 |
|      |         |                  |                 |

di cui:

- a) nei primi 100 giorni di vita:

| Nome | Cognome |
|------|---------|
|      |         |
|      |         |

b) con disabilità:

|      |         |
|------|---------|
| Nome | Cognome |
|      |         |
|      |         |

c) per un totale di n. \_\_\_\_ figli fiscalmente a carico.

1. di essere, famiglie di fatto conviventi, per le quali la convivenza perdura da almeno sei mesi, e dove almeno un componente sia residente da almeno 24 mesi nel territorio della Regione. Confermare barrando la casella
2. che il proprio reddito ISEE all'atto della presentazione della presente domanda ammonta a € \_\_\_\_\_ (in lettere \_\_\_\_\_);
3. che nel caso di concessione del contributo, le aree prioritarie alle quali il nucleo familiare intende destinare lo stesso sono quelle appresso indicate (specificare con un numero da 1 a 6, in ordine di importanza):

| Area                       | Priorità n° |
|----------------------------|-------------|
| generi di prima necessità  |             |
| istruzione scolastica      |             |
| formazione                 |             |
| salute                     |             |
| benessere e sport          |             |
| altro (specificare quali): |             |

Il/La sottoscritto/a chiede inoltre che, nel caso di concessione del contributo, lo stesso venga accreditato sul conto intestato a \_\_\_\_\_, presso la Banca \_\_\_\_\_, codice IBAN \_\_\_\_\_

*Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e per le finalità strettamente attinenti l'intervento di cui all'oggetto, in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16, per l'integrale specifica informativa si rimanda al Regolamento UE 2016/679. ( RGDP-Regolamento generale sulla gestione dei dati).*

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegare:

- 1 copia del documento di riconoscimento del richiedente;
- 2 copia dichiarazione isee in corso di validità.

