



Unione Montana "Marca di Camerino"



Ambito Territoriale Sociale 18

**All'Unione Montana Marca di Camerino  
Ente Capofila ATS 18  
Ufficio Servizi Sociali  
Via V. Varano n.2  
62032 Camerino (MC)**

**OGGETTO: Domanda di accesso ai benefici economici a sostegno della famiglia (Fondo Statale per le politiche della famiglia – DGR 1737/2023) Anno 2023**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Di accedere ai benefici economici a sostegno della famiglia di cui alla L.R 30/98 secondo i criteri e le modalità stabiliti con DGR n. 1737/2023 per la seguente area di intervento:

*BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI, SECONDO IL POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI DALL'AVVISO PUBBLICO*

- NUCLEI FAMILIARI CON 3 O PIU' FIGLI ATTRAVERSO LA RIDUZIONE DELLE TARIFFE DEI SERVIZI COMUNALI A PAGAMENTO O ALTRI INTERVENTI ECONOMICI;
- DONNE SOLE IN STATO DI GRAVIDANZA O CON FIGLI NON RICONOSCIUTI DALL'ALTRO GENITORE;
- SOSTEGNO ECONOMICO A FAVORE DI MINORI PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI RICREATIVI EXTRASCOLASTICI E/O ATTIVITA' DI SOTEGNO AI COMPITI

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

### **DICHIARA**

di essere nato/a ..... il ..... e di essere residente a  
..... Via ..... n. ....  
Codice Fiscale .....  
di essere cittadino/a .....  
Recapito telefonico: .....

### **DICHIARA**

Che l'importo dell'ISEE del proprio nucleo familiare, quale risultante agli atti d'anagrafe, in corso



di validità, rilasciato ai sensi del DPCM n.159 del 05.12.2013, è pari a €  
..... come dal computo del C.A.A.F. .... di  
..... in data .....

### DICHIARA

Dichiaro di non aver ricevuto altri sussidi economici in merito a quanto richiesto con la presente.

### DICHIARA

Che qualora venisse ammesso a contributo l'erogazione dello stesso dovrà essere effettuato sul seguente conto corrente bancario:

IBAN \_\_\_\_\_

INTESTATO A: \_\_\_\_\_

FILIALE \_\_\_\_\_

\*QUALSIASI VARIAZIONE RELATIVA AL CONTO CORRENTE BANCARIO DOVRÁ ESSERE FORMALMENTE COMUNICATA TEMPESTIVAMENTE

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico a sostegno della famiglia di cui alla L.R. 30/98 per l'anno 2023 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute;
- Di essere consapevole che gli interventi di cui alla L.R. 30/98 sono realizzati per gli importi definiti dalla Regione solo entro i limiti delle risorse trasferite dalla Regione;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ente eventuali variazioni rispetto alle condizioni dichiarate per l'erogazione del contributo.
- Di essere a conoscenza che l'Unione Montana Marca di Camerino verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella domanda di contributo, con particolare riguardo alle dichiarazioni ISEE i cui redditi dichiarati risultino pari a zero, ricorrendo ai competenti Uffici del Comando Provinciale della Guardia di Finanza per gli accertamenti di competenza. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'Unione Montana Marca di Camerino adotterà ogni misura utile a sospendere e/o revocare i benefici concessi;
- Di impegnarsi a fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta utile dal Comune di residenza e/o dall'Ambito Sociale 18 per l'istruttoria della domanda, ed autorizza, ai sensi della normativa privacy l'acquisizione e il trattamento dei dati personali ai soli fini della concessione del contributo richiesto con la presente istanza.

Data .....

Firma

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

1. COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;
2. COPIA DEL CODICE FISCALE;
3. ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ;
4. COORDINATE IBAN IN FORMATO STAMPATO (QUALSIASI VARIAZIONE RELATIVA AL CONTO CORRENTE DEVE ESSERE FORMALMENTE COMUNICATA TEMPESTIVAMENTE);
5. PER L'INTERVENTO SOSTEGNO ECONOMICO PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI RICREATIVI EXTRASCOLASTICI E/O ATTIVITA' DI SOSTEGNO AI COMPITI, ALLEGARE DOCUMENTI FISCALMENTE VALIDI COMPROVANTI LE SPESE SOSTENUTE .

**Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via .....nr .../..... Int. ....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

**D I C H I A R A**

che la famiglia convivente (dalla data ...../...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

<i>nr.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

La/Il dichiarante

Luogo li, .....



Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

**La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).**