
PLUS

DISTRETTO DI SANLURI

Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca;

ATS-ASSL Sanluri;

Provincia del Sud Sardegna

UFFICIO DI PIANO

Via A. R. Villasanta 17, Sanluri – Tel. 070-9383308/310/251 - Fax 070/9301709

email: ufficiodipianosanluri@gmail.com

pec: protocollo@pec.comune.sanluri.su.it

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di _____

OGGETTO: DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'INTERVENTO "LA FAMIGLIA CRESCE": SOSTEGNO ECONOMICO A FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI NUMEROSI. (Deliberazione G.R. N. 8/64 del 19.02.2019).

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____/_____/_____
residente a _____ Via _____ n. _____
C.F. _____ Telefono/Cellulare _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici di cui alla Deliberazione G.R. N. 8/64 DEL 19.02.2019 – sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi.

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- nel proprio nucleo familiare, anche mono-genitoriale, almeno un componente è residente nel territorio della Regione da almeno 24 mesi;
- la propria unione civile / convivenza di fatto ha avuto inizio da almeno sei mesi dal momento della presentazione della domanda;
- il reddito familiare, calcolato secondo il metodo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non è superiore per l'anno 2019 a € 30.000;
- di avere N. _____ figli fiscalmente a carico, di età compresa tra zero e venticinque anni;
- di avere N. _____ figli nei primi 100 giorni di vita;
- di avere N. _____ figli con disabilità.

Figli fiscalmente a carico di età compresa tra zero e venticinque anni		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

- che è consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico dell'Ambito PLUS di Sanluri per l'ammissione alla fruizione dei contributi in oggetto, redatto secondo le previsioni della Deliberazione G.R. N. 8/64 DEL 19.02.2019 e relativo allegato e di condividere i contenuti per averli letti e appieno compresi.

Aree prioritarie alle quali il nucleo familiare intende destinare il contributo	(Segnare con una X)
Generi di prima necessità	
Istruzione scolastica	
formazione	
salute	
Benessere e sport	
Altro (specificare _____)	

- Chiede inoltre che, nel caso di esito positivo della domanda, la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite:

ACCREDITO SU C/C BANCARIO O POSTALE

Con la consapevolezza che le spese per le relative operazioni bancarie saranno a proprio carico

c/c n° _____ della Banca _____
filiale di _____ intestato a _____
codice IBAN _____

N.B. L'intestatario o il cointestatario del conto DEVE coincidere con il richiedente.

- RIMESA DIRETTA** a proprio favore **(solo per importi inferiori a € 1.000,00)**

ALLEGA:

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente
- copia dell'attestazione ISEE, rilasciata nell'anno 2019

(se ricorre il caso)

certificazione Sanitaria comprovante l'invalidità e/o la disabilità

Luogo _____ data _____

Firma del richiedente

CONSENSO INFORMATO

In relazione all'Informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza e dichiaro di aver compreso, esprimo il mio consenso nei casi richiesti dalla normativa vigente (rif.to Regolamento Generale sulla Protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679

Luogo _____ data _____

Firma _____