



Amministrazione destinataria

Città di Civitavecchia

Ufficio destinatario

Servizio 5 - Sezione Attività Produttive
- Servizi Sociali

Domanda di concessione dei contributi economici per minori riconosciuti dalla sola madre

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

Soggetto interessato

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

In qualità di (*)

- tutore
 curatore
 amministratore di sostegno
 persona incaricata a seguito di procura

pertanto allega documentazione attestante la procura

- familiare
Specificare grado di parentela (figlio, nipote, zia, fratello ecc..)

- genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva
pertanto allega la copia del decreto del tribunale attestante l'esercizio della potestà genitoriale
- genitore
pertanto alle il modulo di adesione del genitore all'attivazione degli interventi domiciliari in favore di persona minore
- parente della ragazza madre minorenni, fino al terzo grado, purché anch'essa residente nel comune di civitavecchia

di poter usufruire del seguente contributo economico

- continuativo
 straordinario

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere

Residenza

- residente nel Comune di Civitavecchia
- cittadino italiano
- cittadino della Comunità Europea
- cittadino extracomunitario

pertanto allega copia permesso di soggiorno

Stato civile

- vedovo
- coniugato
- non coniugato
- legalmente separato
- divorziato

Situazione economica

- privo di reddito
- in possesso di reddito non sufficiente al fabbisogno familiare

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza	Protocollo DSU
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

€

DICHIARA INOLTRE

di percepire un reddito non assoggettabile ai fini IRPEF riferito a che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Redditi	Importo		Annuale	Mensile
<input type="checkbox"/> rendite INAIL	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> assegno sociale	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> indennità di frequenza	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> indennità di comunicazione	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> pensioni di guerra	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> contributi di altri enti	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> altro	<input type="text"/>	€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMUNICA

- che nel nucleo familiare è presente un minore con disabilità riconosciuta **pertanto allega la copia del certificato medico in carta libera attestante le condizioni di disabilità**
- di essere l'unico genitore ad aver riconosciuto il minore
- che l'età del minore non supera i 15 anni
- di presentare ogni anno la nuova attestazione ISEE o la comunicazione del protocollo della stessa, per la verifica della permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio

COMUNICA INOLTRE

- di essere a conoscenza che le seguenti condizioni comporteranno il termine e la sospensione del sussidio
 - emigrazione del genitore richiedente
 - superamento del 15° anno di età del figlio
 - adozione o riconoscimento di paternità del minore
 - ricovero del minore, in regime di residenza, presso un istituto, con retta a carico del Comune o di altri Enti pubblici
 - mancata presentazione annuale della nuova attestazione ISEE o comunicazione del protocollo della stessa, come previsto dall'art. 55 del presente regolamento

COMUNICA INFINE

il conto corrente intestato al sottoscritto sul quale addebitare l'eventuale contributo

Istituto	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
Codice BIC (swift) (se conto estero)	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- documentazione attestante la procura
- copia del certificato medico in carta libera attestante le condizioni di disabilità
- copia del decreto del tribunale attestante l'esercizio della potestà genitoriale
- domanda di adesione del genitore all'attivazione degli interventi domiciliari per minorenni
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Civitavecchia

Luogo

Data

il dichiarante