**ALL’ AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
DR. VINCENZO ZACCAGNINO**

LOCALITÀ SAN NAZARIO

71015 SAN NICANDRO G.CO (FG)

 **Tel. 0882/430692**

***Pec:*** ***aspvincenzozaccagnino@legalmail.it***

**OGGETTO**: **Domanda per buoni spesa “primavera 2018”** (*barrare la casella che interessa*):

**- DATI DEL RICHIEDENTE:**

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso M/F [ ]  Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Residente in San Nicandro Garganico alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

**- TELEFONIA FISSA E/O MOBILE PER COMUNICAZIONI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***N.B. Tutti i dati richiesti nel presente modello, devono essere scritti in carattere stampatello.***

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ** (art.3 Legge 15.5.1997, n.127 e ss.ii.mm.)

*(a cura del genitore o tutore)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valendomi delle disposizioni di cui agli artt.. 46-47 DPR, 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci o contenuti dati non rispondenti al vero, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000.

DICHIARO

1. che il nucleo familiare è composto come segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA | PROFESSIONE | REDDITONETTO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTALE** |  |

*N.B. Indicare il reddito di tutti i componenti il nucleo familiare, compreso l’importo eventualmente percepito a titolo di alimenti e/o di indennità di disoccupazione.*

1. che il sopraindicato importo totale, corrisponde al reddito complessivo del nucleo familiare riferito all’anno 2017, come risulta dalla certificazione reddituale , modello ISEE, sottoscritto dal CAAF o da soggetto abilitato che si allega, in originale, alla presente domanda;

DICHIARO, inoltre,

1) che il minore appartenente al nucleo familiare si trova nelle seguenti condizioni familiari (*barrare la o le caselle che interessano*):

[ ]  orfano di entrambi i genitori [ ]  orfano di un genitore

[ ]  presenza minori di età inferiore a 3 (tre) anni

[ ]  presenza minori di età compresa da 3(tre) anni compiuti ed inferiore a 6 (sei) anni compiuti

[ ]  inserito nella struttura residenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

[ ]  con entrambi i genitori tossicodipendenti o detenuti e/o sottoposti ad altre misure restrittive

[ ]  con un genitore tossicodipendente o detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive, o allontanato dal nucleo

[ ]  con genitori divorziati o legalmente separati

[ ]  figlio di ragazza madre o ragazzo padre

[ ]  nucleo che vive in abitazione non di proprietà

[ ]  con soggetti nucleo familiare invalidi per più del 66%.

**N.B. in caso di presenza di genitore tossicodipendente, detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive è obbligatorio allegare idonea certificazione rilasciata dalle autorità competenti.**

 2) che i componenti il nucleo familiare, oltre i primi cinque, sono i seguenti:

1. cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 San Nicandro Garganico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IN FEDE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO (\*)*

*(\*) N.B.: allegare copia fotostatica di documenti di identità della persona che sottoscrive la dichiarazione, in corso di validità alla data di presentazione.*