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

LOCALITÀ SAN NAZARIO

71015 SAN NICANDRO G. (FG)

***PEC:*** ***aspvincenzozaccagnino@legalmail.it***

 **Tel. 0882/430692**

**OGGETTO**: **Domanda per buoni spesa “festività pasquali 2020”**

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

**- DATI DEL RICHIEDENTE:**

Codice fiscale

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

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

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

 (*indicazione obbligatoria*)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ** (D.P.R. 445/2000)

*(a cura del genitore o tutore)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ )

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 contenenti 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **IMPORTO TOTALE REDDITO**  | **ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE** |  | **€.** |

1. che il sopraindicato importo totale corrisponde al reddito complessivo del nucleo familiare riferito all’anno 2019, come risulta dalla certificazione reddituale modello ISEE (rilasciato nell’anno 2020), 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 [ ]  inserito nella struttura residenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  orfano di un genitore sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

[ ]  figlio di ragazza madre o ragazzo padre [ ]  con un genitore allontanato dal nucleo

[ ]  con soggetti invalidi dal 67% al 100% nel nucleo familiare (\*) [ ]  con genitori divorziati o legalmente separati (\*)

[ ]  presenza nel nucleo familiare di soggetto con certificato di indennità di frequenza (\*)

[ ]  con entrambi i genitori in stato di dipendenza da sostanze psicotrope e non o detenuti e/o sottoposti ad altre misure

 restrittive (\*)

[ ]  con un genitore in stato di dipendenza da sostanze psicotrope e non o detenuto e/o sottoposto ad altre misure

 restrittive (\*)

[ ]  presenza minori di età inferiore ai tre anni compiuti n. \_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_ ) (*indicare**il numero in cifre e in lettere*)

[ ]  presenza minori di età da 3 anni compiuti e inferiore a 6 anni compiuti n. \_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_ ) (*indicare**il numero in*

 *cifre e in lettere*)

[ ]  nucleo familiare con oltre cinque componenti e precisamente n. \_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_ ) componenti oltre la quinta

 (*indicare**il numero in cifre e in lettere*)

[ ]  nucleo familiare che vive in abitazione non di proprietà e non concessa in comodato d’uso (\*\*)

 San Nicandro Garganico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (*data*) *FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO (\*\*\*)*

*AVVERTENZE:*

 *(\*) è obbligatorio allegare idonea certificazione rilasciata dalle autorità competenti nei casi di:*

* *soggetti portatori di handicap o affetti da gravi malattie croniche che comportino una invalidità dal 67% al 100% riconosciuta dagli Enti competenti (INPS, INAIL, ASL)*
* *soggetti con attribuzione di indennità di frequenza*
* *con genitore in stato di dipendenza patologica da sostanze psicotrope e non*
* *con genitore in separazione legale o divorzio*
* *con genitore in stato di detenzione o altre misure restrittive*

*(\*\*) nel caso di nucleo familiare che vive in abitazione non di proprietà e non concessa in comodato d’uso, allegare copia fotostatica contratti di affitto;*

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