

Amministrazione destinataria

Comune di Porto Torres

**Ufficio destinatario**

Politiche sociali

**Istanza per interventi di sostegno al reddito in favore di famiglie, anche unipersonali,
residenti e domiciliate nel Comune di Porto Torres con un'attestazione ISEE
ordinario/corrente 2024 inferiore o uguale ad € 15.000,00- Periodo Luglio- Dicembre
2024**

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | 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

l'erogazione del contributo

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------|------------------|--|----------------|---------|---------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.) | | | | | | | | | | | |

per la seguente linea di intervento

- di poter accedere alla Linea di intervento 1: rimborso/pagamento utenze domestiche del periodo di riferimento luglio - dicembre 2024;
 - di essere intestatario delle utenze
 - per il seguente intestatario delle utenze

soggetto interessato

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

- di poter accedere alla Linea di intervento 2: Bonus a favore di nuclei familiari, periodo di riferimento luglio - dicembre 2024;

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

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

componente n. 1

| | | | | | |
|-----------------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | | |
| Rapporto di parentela | | | | | |
| | | | | | |

componente n. 2

| | | | | | |
|-----------------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | | |
| Rapporto di parentela | | | | | |
| | | | | | |

componente n. 3

| | | | | | |
|-----------------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | | |
| Rapporto di parentela | | | | | |
| | | | | | |

componente n. 4

| | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rapporto di parentela | | | |
| <input type="text"/> | | | |

componente n. 5

| | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rapporto di parentela | | | |
| <input type="text"/> | | | |

di ricevere il contributo

mediante bonifico bancario

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

per cassa (prevede il ritiro dell'intervento economico presso l'Istituto Bancario Banco di Sardegna con sede a Porto Torres)

di essere beneficiario della seguente misura di sostegno al reddito

di non essere assegnatario di ulteriori misure di sostegno al reddito (ADI, REIS, SFL)

Il/La sottoscritto/a dichiara che la spesa sostenuta o insoluta è pari a euro (obbligatorio):

Tipologia di spesa

Importo totale

Linea 1

Insoluta

Sostenuta

Linea 2

Sostenuta

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (Artt. 76 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
- di aver preso visione dell'informativa privacy riportata in allegato alla presente domanda, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n.2016/679 (GDPR);
- di essere a conoscenza che i dati raccolti nella presente procedura sono acquisiti e utilizzati ai soli fini necessari per l'espletamento delle procedure di gestione di servizio;
- di acconsentire al trattamento dei dati in quanto necessari alla fornitura del servizio;
- di essere a conoscenza che l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati raccolti comporta l'impossibilità di accedere alla richiesta.

Elenco degli allegati

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

- attestazione ISEE 2024 ordinario/corrente inferiore o uguale ad € 15.000,00;
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- bollette/Fatture relative alla Linea di Intervento 1 del periodo luglio-dicembre 2024;
- abbonamento annuale/mensile relativo alla Linea di Intervento 2 (attività extra scolastiche, ricevute pagamento mensa scolastica, abbonamento trasporto scolastico A.S. 2024-2025) relativa periodo luglio - dicembre 2024;
- 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.

Porto Torres

Luogo

Data

il dichiarante