



COMUNE DI TRATALIAS
Provincia del Sud Sardegna
Via Matteotti, 15 – 09010 Tratalias
Tel 0781/697023 -933 Fax 0781/688283
Ufficio Scuola e Servizi Sociali

DA INVIARE VIA PEC: protocollo@pec.comune.tratalias.ca.it O TRAMITE RACC. A/R.

Spett.le Comune di Tratalias
Ufficio Servizi Sociali
Via Matteotti n. 15
09010 Tratalias (CI)

Domanda di ammissione al Programma di intervento per le famiglie indigenti. Art. 31 legge regionale 23 luglio 2020, n. 22. (c.d. PANE E FORMAGGIO)

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

ATTENZIONE:

Si raccomanda di compilare la presente dichiarazione in ogni sua parte e di controllare che la domanda sia debitamente firmata e che sia allegata Copia del Documento d'Identità

La domanda dovrà essere presentata improrogabilmente entro il _____

QUADRO A – DATI DEL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita __/__/____ Sesso (M/F) _____ Stato di Cittadinanza _____

Comune di Nascita _____ Prov. di Nascita _____ Stato di Nascita _____

Indirizzo di Residenza _____

Comune di Residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ indirizzo email _____

CHIEDE

Di accedere al **Programma di intervento per le famiglie indigenti. Art. 31 legge regionale 23 luglio 2020, n. 22. (c.d. PANE E FORMAGGIO)**

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, comma 3 del D.P.R. 403/98, quanto segue:

(barrare le caselle che interessano)

QUADRO B – REQUISITI

di essere residente nel Comune di Tratalias;
di essere residente in Sardegna alla data del 23 Luglio 2020;
che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita

che il proprio nucleo familiare si trova in una delle seguenti condizioni:

Beneficiario del Reddito di cittadinanza ovvero della Pensione di cittadinanza;

Beneficiario del Reddito di inclusione sociale (REIS 2021);

ISEE 2021 inferiore a euro 9.360,00 pari a € _____;

ISEE 2021 inferiore a euro 11.700,00,00 (nel caso di nuclei familiari di soli anziani con almeno 67 anni) pari a € _____;

di aver preso piena visione e conoscenza dell'avviso pubblico e di accettarlo integralmente;

di aver preso visione dell'Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP);

CON LA FIRMA DELLA PRESENTE DOMANDA/AUOCERTIFICAZIONE, IL RICHIEDENTE ATTESTA DI AVERE CONOSCENZA CHE, AI SENSI DELL'ART. 6 COMMA 3 DEL D.P.C.M. N. 221 DEL 7 MAGGIO 1999, NEI CONFRONTI DEI BENEFICIARI POSSONO ESSERE ESEGUITI CONTROLLI DA PARTE DELLA GUARDIA DI FINANZA, AL FINE DI ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE.

IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' IN ATTO O USO DI ATTI FALSI, OLTRE ALLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 71 DEL D.P.R. 445/2000 L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE PROVVEDERA' ALLA REVOCA DEL BENEFICIO EVENTUALMENTE CONCESSO SULLA BASE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, COME PREVISTO DALL'ART. 11 COMMA 3 D.P.R. 403/98.

Allega:

- Copia documento d'identità del richiedente;

Luogo _____ Data _____



Firma _____