Allegato B 1 - Modello Domanda art. 20 L. 8/2025
All'Unione Montana del Catria e Nerone
Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3
Via G. Lapis n. 8 Cagli (PU)

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI
"Interventi per la famiglia"
di cui alla L.R. n. 8/2025 - DGR 923/2026

Il sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ (___) il _____
Residente a _____ (___) CAP _____ in Via _____n. _____,
Telefono _____ Cellulare _____
e-mail_____

In qualità di genitore e/o tutore legale del minore _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____n. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE
la concessione di un contributo economico per
AZIONE 2 – ART. 20/2025 Interventi in favore delle famiglie composte da un solo genitore convivente con uno o più figli fiscalmente e anagraficamente a carico, in assenza dell'altro genitore per effetto di mancato riconoscimento del figlio (contributo riconosciuto pari a € 300,00 per nucleo familiare)

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e nella piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dai reati previsti dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 dello stesso D.P.R. per le dichiarazioni false,

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti *(barrare con una X le caselle)*

☐ Residenza anagrafica dell'intero nucleo familiare in uno dei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale Sociale n. 3, precisamente nel Comune di _____;
☐ Cittadinanza italiana, ovvero cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero cittadinanza di uno stato non appartenente all'Unione Europea purché in possesso di regolare permesso di soggiorno;
☐ Il figlio/a è minorenne al momento di presentazione della domanda di contributo;
☐ che il figlio/la figlia sopra indicato/a è fiscalmente e anagraficamente a carico del richiedente;

☐ che il richiedente è l'unico genitore convivente con il figlio/la figlia minorenne, in assenza dell'altro genitore in quanto il figlio/la figlia non è stato/a riconosciuto/a dall'altro genitore;
☐ di essere in possesso di un'attestazione ISEE minorenni in corso di validità, riferita al minore per il quale si richiede il contributo, ovvero di aver presentato la DSU e di allegare la relativa ricevuta qualora l'ISEE non sia disponibile entro i termini di scadenza del presente Avviso;
☐ di essere consapevole che è ammessa una sola domanda per ogni nucleo familiare;

DICHIARA INOLTRE

☐ di non aver beneficiato né richiesto altri contributi, rimborsi o agevolazioni pubbliche riferiti alle medesime finalità oggetto della presente domanda;

Infine dichiara di essere a conoscenza che l'Ente potrà eseguire tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata l'assegnazione del contributo.

A TAL FINE ALLEGA ALLA DOMANDA *(barrare con una X)*

☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità (del soggetto che presenta l'istanza) e del figlio minorenne;
☐ Copia dell'ISEE minorenni in corso di validità. Nel caso in cui l'ISEE non sia disponibile entro i termini di scadenza del bando allegare copia della ricevuta attestante la presentazione della DSU;
☐ Per i cittadini stranieri non appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea: copia del permesso di soggiorno. In caso di rinnovo di permesso, copia della ricevuta attestante la richiesta;
☐ copia della documentazione attestante l'IBAN del conto corrente intestato o cointestato al soggetto richiedente

DATI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

intestato a ……
presso …… Agenzia/filiale di…….

Codice IBAN:

Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al soggetto richiedente.
Non sarà possibile procedere all'erogazione del contributo su conto corrente postale associato a libretto.

Luogo e data _____

Firma

_____

CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI SCEGLIENDO LA SEGUENTE MODALITÀ:

❒ consegna a mano presso gli uffici dell'*Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU)*, previo appuntamento telefonico al numero 0721781088. - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione;
❒ attraverso *Posta Elettronica Certificata (PEC)* dell'*Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli* all'indirizzo cm.cagli@emarche.it - Farà fede la data di invio;
❒ consegna a mano tramite gli Sportelli dell'Ambito Territoriale Sociale 3 - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

☐ Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico, nonché delle informazioni relative all'avvio del procedimento ai sensi della Legge n. 241/1990.

Luogo e data _____

Firma

_____