

Al Comune di _____

OGGETTO: Domanda di ammissione al contributo per il servizio di accompagnamento e trasporto sociale - taxi sociale.

INTERVENTI OGGETTO DELL'ACCORDO DI COLLABORAZIONE A VALERE SU RISORSE FSC 2014-2020 DI CUI AL PIANO SVILUPPO E COESIONE DELLA REGIONE UMBRIA SEZIONE SPECIALE, LINEA DI AZIONE "Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi i servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale" AI FINI DELLA ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA DELL'AREA INTERNA VALNERINA - VALNERINA 14 COMUNITA' UNA SOLA IDEA."

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ (Comune nell'Area Interna Valnerina)

Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____

CAP _____ tel. _____ cell. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo email /pec _____

Cittadinanza :

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

cittadino extracomunitario, con titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato

da _____ con scadenza il _____

_____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

che il proprio nucleo familiare è il seguente:

Cognome Nome	Rapporto di parentela	Codice fiscale	Soggetto ultra 75enne	Condizione di disabilità ex. L.104/92

che nessun componente del nucleo familiare ha beneficiato di un contributo erogato da Enti locali a valere per la medesima finalità, rispetto a quello che viene finanziato con il presente Avviso;

che la situazione reddituale, del proprio nucleo familiare, come da certificazione ISEE in corso di validità è la seguente: € _____;

di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ figli in condizioni di disabilità ex Legge 104/92,(allegare certificazione) accertata con verbale n. _____ del _____, rilasciato da _____ ;

di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti in condizioni di disabilità ex Legge 104/92 (allegare certificazione),accertata con verbale n. _____ del _____, rilasciato da _____ ;

di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti affetti da patologia invalidante o di essere affetto da patologia invalidante, anche a carattere temporaneo, debitamente documentata da certificazione medica non rientrante nei casi precedenti (allegare certificazione);

che il proprio nucleo familiare è monoparentale ;

di far parte di un nucleo familiare unipersonale;

di avere nel proprio nucleo familiare n. _____ componenti ultrasettantacinquenni;

la presenza di una rete familiare, residente ad una distanza superiore ai 30 km dal luogo di residenza del richiedente;

di includere all'interno del nucleo familiare il seguente componente di età compresa tra i 3 e i 17 anni , che usufruisce delle attività di supporto nei centri estivi per bambini /ragazzi con finalità conciliativa dei tempi di cura e lavoro(indicare cognome, nome , data di nascita e centro estivo di riferimento) in assenza del supporto familiare, determinata da impedimenti a vario titolo,che dovranno essere dichiarati e soggetti a valutazione discrezionale in sede di istruttoria;

Cognome – nome	Data di nascita	Centro estivo di riferimento
----------------	-----------------	------------------------------

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo di € 1.000,00 (euro mille), per il servizio di accompagnamento e trasporto sociale – taxi sociale, utilizzabile entro il 31/12/2026.

INFINE DICHIARA

che il beneficio concesso, per le finalità in oggetto, sarà utilizzato esclusivamente dal richiedente **entro il 31-12-2026**;

di aver preso visione dell'informativa, per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del regolamento europeo n. 679/2016, come riportata nell'articolo 11 del relativo Avviso pubblico.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;
- certificazione ISEE in corso di validità ;
- documentazione /certificazione medica attestante condizione di disabilità ex L.104/92 / invalidità o patologie invalidanti anche a carattere temporaneo.