

Al Sig. Sindaco  
Comune di  
11028 VALTOURNENCHE

Da inoltrare secondo le seguenti modalità:

- tramite posta elettronica all'indirizzo: [info@comune.valtournenche.ao.it](mailto:info@comune.valtournenche.ao.it)
- deposito presso la cassetta delle lettere posta sulla porta di ingresso principale del Municipio

**MISURE URGENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO PER NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ A SEGUITO DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19.** Richiesta beneficio economico.

**SCRIVERE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Valtournenche, in fraz./via: \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter beneficiare del sussidio a sostegno del proprio nucleo familiare di cui alla delibera della Giunta Comunale n. 94 del 11/11/2020;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

### DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- 1) che il proprio nucleo familiare RISULTANTE ALL'ANAGRAFE COMUNALE è composto così come segue:

Cognome e nome	Data di nascita	Relaz. Parentela (marito, moglie, figlio, ecc)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		

7)		
----	--	--

2) **che il sottoscritto svolge** (anche saltuariamente):

- l'attività di \_\_\_\_\_, attualmente interrotta per l'emergenza "COVID-19";
- è disoccupato dal: \_\_\_\_\_;

**che il coniuge svolge** (anche saltuariamente):

- l'attività di \_\_\_\_\_, attualmente interrotta per l'emergenza "COVID-19";
- è disoccupato dal: \_\_\_\_\_;

**che i figli maggiorenni sono:** (barrare la voce che interessa)

- studenti
- disoccupati
- occupati anche saltuariamente;

3) **che all'interno del nucleo familiare, sono presenti n. \_\_\_\_\_ persone con disabilità**

- **titolari di indennità** pensionistiche per complessivi € \_\_\_\_\_
- **non titolari di indennità** pensionistiche;

4) **che il proprio nucleo familiare:**

- **percepisce** la seguente misura di sostegno al reddito ((es. RdC, Rei, Rem, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, contributo affitti,...), per l'importo mensile di € \_\_\_\_\_
- **NON percepisce** alcuna misura di sostegno pubblico;

5) **che all'interno del proprio nucleo familiare:**

- n. \_\_\_\_\_ componenti **percepiscono** redditi da lavoro e/o pensione per un importo complessivo mensile di € \_\_\_\_\_;
- **nessun componente il nucleo percepisce** redditi derivanti da lavoro e/o pensione;

6) **il sottoscritto dichiara altresì, che al momento della presentazione della domanda il nucleo familiare non è in possesso di un patrimonio finanziario derivante da depositi (postale e/o bancari), conti correnti, ecc. superiore a € 5.000,00;**

7) **dichiara inoltre:** (barrare la voce che interessa)

- che all'interno del proprio nucleo familiare vi è la presenza di n. \_\_\_\_\_ minori;
- che all'interno del proprio nucleo familiare vi è la presenza di n. \_\_\_\_\_ soggetti con disabilità certificata (L. 104/92);

- o che il proprio nucleo familiare, vive in una casa in locazione, con contratto di affitto regolarmente registrato per l'anno in corso, il cui canone mensile è pari a € \_\_\_\_\_;

8) **di essere consapevole che:**

- l'importo potrà essere soggetto a rideterminazione a seconda delle disponibilità;
- quanto sopra dichiarato potrà essere oggetto di controllo e verifica;
- la mancata compilazione, in tutte le sue parti, della presente istanza comporta l'esclusione dal beneficio in oggetto;
- la domanda può essere presentata da un solo componente del nucleo familiare.

9) **IL SOTTOSCRITTO SI OBBLIGA ALLA CONSERVAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE, – PENA LA RESTITUZIONE DELL'IMPORTO RICEVUTO - ATTA A PROVARE LE SPESE SOSTENUTE PER LE VERIFICHE DI AMMISSIBILITÀ DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE, ANCHE NEL CASO IN CUI IL 30% A SALDO NON VENISSE RICHIESTO DALL'INTERESSATO.**

10) Nel caso di esito positivo della domanda, si chiede che il sostegno spettante sia liquidato:  
tramite accredito sul c/c intesto/cointestato al sottoscritto presso la banca  
\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_ Cod IBAN:  
\_\_\_\_\_

11) **Si autorizza il trattamento dei dati personali** presenti nell'autocertificazione effettuato nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Si allega:

- copia di un valido documento di riconoscimento.