

Data di arrivo

N° Protocollo

AREA WELFARE  
SETTORE SERVIZIO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

**Domanda Assegno per il nucleo familiare con tre figli minori** - Anno \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione dell'**Assegno per il nucleo familiare** con tre figli minori, previsto dall'art. 65 della legge n. 448 del 1998.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevolezza:

- delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o utilizzo di atti falsi;
- della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

**DICHIARA**

*(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)*

1) di essere *(barrare la casella interessata)*:

- cittadino/a italiano/a (o di altro Stato appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_)
- cittadino/a italiano/a a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- cittadino/a \_\_\_\_\_ e in possesso dello status di rifugiato/a politico/a o di protezione sussidiaria

2) di essere genitore di almeno tre figli minori (sono da considerarsi tali i figli minori del/della richiedente, del coniuge, del convivente e i minori adottati o in affidamento preadottivo)

3) la presenza nel nucleo familiare dei tre figli minori a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4) di essere in possesso di un'Attestazione I.S.E., riferita ai redditi anno \_\_\_\_\_  
pari ad € \_\_\_\_\_

Data sottoscrizione Dichiarazione Sostitutiva Unica \_\_\_\_\_

5) di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**ALLEGA IN FOTOCOPIA**

*(barrare la documentazione presentata)*

Documento d'identità

Codice IBAN

**MODALITA' DI RISCOSSIONE**

C/C bancario o postale, libretto postale, INPS card, carte di pagamento, dotati di IBAN, intestato o cointestato al/alla richiedente

**CODICE IBAN (27 CIFRE)**

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□

**CONTROLLI**

L'Unione dei Comuni provvede ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell'art. 46 del medesimo DPR.

Qualora dai sopracitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Amministrazione provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dal/dalla richiedente e a comunicare all'INPS i dati per l'avvio delle procedure per il recupero delle somme indebitamente percepite.

-----  
Ogni comunicazione deve essere inviata all'indirizzo di residenza, oppure c/o

-----  
Il/la richiedente si impegna a comunicare **tempestivamente** al Coordinamento della Rete degli Sportelli Sociali dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna (Tel. 0545/38588 - 38385) eventuali variazioni dei dati forniti, in particolare: cambio indirizzo e/o codice IBAN.

Lì (luogo e data) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_