

**Amministrazione destinataria**

Comune di Montemurlo

**Ufficio destinatario**

Servizio Politiche sociali e intercultura

## Domanda di concessione del contributo regionale a favore delle famiglie con figli minori disabili

***Ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104 e dell'articolo 23 della Legge Regionale 29/12/2022, n. 44***

**Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

Da selezionare solo se il richiedente è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale

 genitore unico
**del minore (\*)**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

(\*) del minore

Per ciascun figlio minore con condizione di disabilità deve essere redatta singola istanza

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

la concessione del contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**
 che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore con condizione di disabilità per cui è richiesto



- che il sottoscritto è residente in Toscana
- che il figlio minore con condizione di disabilità è residente in Toscana
- che il figlio minore con condizione di disabilità per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di condizione di disabilità grave di cui all'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104

**pertanto allega copia della certificazione attestante la condizione di condizione di disabilità grave**

- che il figlio con condizione di disabilità per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è nato in data successiva al 31 dicembre 2004
- di essere consapevole di decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive

- di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data sottoindicata e di essere a conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 € non avrà diritto al contributo  
**Data**
- di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno 2023 con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 €

#### CHIEDE INOLTRE

che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato mediante

- bonifico su conto corrente bancario/postale di cui il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario  
*L'IBAN deve riferirsi esclusivamente a conti correnti bancari o postali (non a libretti postali).  
Può essere indicato anche l'IBAN di una carta prepagata emessa esclusivamente da un istituto bancario.  
Il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario del conto.*  
**IBAN**
- contanti da ritirare presso una filiale del Banco BPM  
*Se non ritirati entro l'anno di pagamento sono reincassati d'ufficio dall'Amministrazione regionale.*

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del certificato di disabilità

copia del documento d'identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.