

	<p style="text-align: center;">Legge regionale n. 54 del 28 dicembre 2021 art. 19 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”</p>	
<p style="text-align: center;">ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 19 della l.r. n. 54 del 28 dicembre 2021</p>		<p style="text-align: center;">ANNO 2022 Termine ultimo di presentazione 30 giugno 2022</p>

Al Sindaco del Comune di

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 19 della l.r. 54/2021

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI
(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)
(art.19 l.r. 54/2021)¹

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

RICHIEDENTE															
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)										NOME					
DATA DI NASCITA					COMUNE O STATO DI NASCITA					PROV.					
STATO DI CITTADINANZA										SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
INDIRIZZO DI RESIDENZA					COMUNE DI RESIDENZA					CAP			PROV.		
CF ²															

¹ Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza

² Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

madre

specificare se

unico genitore (da barrare solo se la madre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

padre

specificare se

unico genitore (da barrare solo se il padre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

altro soggetto a cui è attribuita ai sensi della normativa vigente la responsabilità genitoriale

FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.2003)															
COGNOME E NOME															
LUOGO E DATA DI NASCITA												SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
COMUNE DI NASCITA				PROV. DI NASCITA				STATO DI NASCITA							
CF.															

DICHIARA INOLTRE

Che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per cui è richiesto il contributo;

Che il sottoscritto è residente in Toscana;

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno **2022** con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 euro

oppure

Di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data e di essere a conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro euro non avrò diritto al contributo;

