

**Amministrazione destinataria**

Comune di San Gimignano

**Ufficio destinatario**

Ufficio servizi sociali

## 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 disabile 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 disabile per cui è richiesto il contributo

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

San Gimignano

Luogo

Data

il dichiarante