


| | | |
|--|--|---|
|  | <p align="center">Legge regionale n. 54 del 28 dicembre 2021 art. 19 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”</p> | |
| <p align="center">ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 19 della l.r. n. 54 del 28 dicembre 2021</p> | | <p 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 non avrò diritto al contributo;

