# DOMANDA DI CONTRIBUTO

**DATI DELLA RICHIEDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Indirizzo di residenza  | *Via/Piazza, numero civico, C.A.P., Comune, Provincia* |
| Codice Fiscale |  |
| Comune che presenta la domanda |  |
| Legale rappresentante del Comune |  |
| E- mail |  |
| Recapito Telefonico |  |
| P.E.C.[[1]](#footnote-1) |  |
| Banca Conto Corrente |  |
| Intestatario Conto Corrente |  |
| I.B.A.N. |  |

La sottoscritta………………………………………… nata……………………il………………….

sotto la propria responsabilità, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi e/o il loro uso, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, con la conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, in nome e per conto dell’ente che rappresenta

**DICHIARA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.P.R. n. 445/2000**

- di possedere tutti i requisiti previsti dall’art. 2 dell’Avviso;

- di essere residente in uno dei Comuni della Regione Lazio con numero di abitanti compreso tra 10.000 e 60.000;

- di essere in situazione di indigenza e sotto la soglia di povertà secondo il parametro I.S.T.A.T. (2020).

- che il proprio nucleo familiare è composto dalla sottoscritta e i figli a carico (con età compresa tra 0 e 21 anni al momento della presentazione della domanda) come indicato nella tabella seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **POSIZIONE** **IN FAMIGLIA****(DICHIARANTE, FIGLIO)** | **CODICE FISCALE** | **LUOGO DI NASCITA****(COMUNE, PROVINCIA)** | **DATA DI NASCITA****(GG/MM/AAAA)**  | **DISABILE****(in caso di disabilità dei figli apporre una X)** |
|  |  | dichiarante |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

- che il proprio nucleo familiare è in possesso di un reddito complessivo ai fini I.R.P.E.F. relativo all’anno di imposta 2020 è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (***compilare obbligatoriamente)***

- che la situazione lavorativa del nucleo familiare presenta le seguenti caratteristiche: *(****barrare la situazione corrispondente e compilare indicando i dati del datore di lavoro, es. ragione sociale, indirizzo, recapito telefonico****)*

□ lavoratrice a tempo pieno presso il seguente datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ lavoratrice part-time presso il seguente datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ lavoratrice in cassa integrazione presso il seguente datore di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere disoccupata.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Per tutte le comunicazioni inerenti l’Avviso, incluso il soccorso istruttorio. [↑](#footnote-ref-1)