**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COMUNE DELL’AMBITO TERRITORIALE**

**UFFICIO DI PIANO**

ats@pec.comune.vibovalentia.vv.it

Il/la Sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di (Tutore, AdS,ecc) del Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di accedere all’Avviso Pubblico per l’erogazione delle misure di sostegno al reddito per i residenti Nell’ambito Territoriale Sociale di Vibo Valentia finanziati a valere sul Fondo Nazionale Politiche Sociali Annualità 2022 e Fondo Regionale delle Politiche Sociali Annualità 2023.

A tal riguardo, per la valutazione dei requisiti di ammissibilità al beneficio, dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito per i quali vengono riportati i dati di cui alle MISURE 1,2,3,4 dell’Avviso.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Grado di parentela | età | ISEE | Invalidità % |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

Allega a pena di inammissibilità della domanda:

* Istanza di partecipazione, sottoscritta dal richiedente o delegato;
* Verbale attestante la percentuale di invalidità;
* Eventuale nomina di Tutore, AdS del beneficiario
* ISEE in corso di validità dell’interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza;
* Dichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all’anno in corso e di non essere percettore del Reddito di Cittadinanza o di altri ammortizzatori sociali
* Certificato medico - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell’assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all’inserimento in struttura socioassistenziale.
* Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
* Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;
* Ogni altro documento utile alla valutazione dell’istanza.