

## **RICHIESTA CONTRIBUTO**

**Al Comune di CASTELFIDARDO**

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ chiede un  
contributo \_\_\_\_\_ per i motivi indicati nella dichiarazione sostitutiva di atto di  
notorietà.

**A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci decade dai benefici eventualmente concessi ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000**

### **DICHIARA**

che la propria famiglia è così composta (**indicare tutti i componenti il nucleo familiare**):

n.d'ord.	cognome e nome	nascita		rapporto di parentela con il/la dichiarante
		data	luogo	
1				
2				
3				
4				
5				

### **CONDIZIONE LAVORATIVA**

#### **dichiarante**

di essere lavoratore dipendente, presso la ditta \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_;

di essere titolare di impresa iscritta presso la C.C.I.A. di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

di essere libero professionista, iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_  
n° iscrizione \_\_\_\_\_ con studio sito in \_\_\_\_\_

di essere lavoratore autonomo non iscritto ad un ordine professionale, come risulta dall'allegata  
copia del contratto di lavoro;

#### **coniuge (o convivente)**

che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è lavoratore  
dipendente, presso la ditta \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_;

che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è titolare di  
impresa  
iscritta presso la C.C.I.A. di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_

- che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è libero professionista, iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_ n° iscrizione \_\_\_\_\_ con studio sito in \_\_\_\_\_;
- che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è lavoratore autonomo non iscritto ad un ordine professionale, come risulta dall'allegata copia del contratto di lavoro;

**altri familiari (o conviventi)**

- che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è lavoratore dipendente, presso la ditta \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_;
- che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è titolare di impresa iscritta presso la C.C.I.A. di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_
- che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è libero professionista, iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_ n° iscrizione \_\_\_\_\_ con studio sito in \_\_\_\_\_;
- che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è lavoratore autonomo non iscritto ad un ordine professionale, come risulta dall'allegata copia del contratto di lavoro;

**CONDIZIONE SOCIALE**

**dichiarante**

- di essere ragazzo/a padre/madre
- di essere riconosciuto invalido al \_\_\_\_\_% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)
- di essere disoccupato
- di essere pensionato dal \_\_\_\_\_, come risulta dall'allegata documentazione

**coniuge/convivente**

- che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è riconosciuto invalido al \_\_\_\_\_% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)
- che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è disoccupato
- che il proprio coniuge/convivente \_\_\_\_\_ è pensionato dal \_\_\_\_\_, come risulta dall'allegata documentazione

**altri familiari (o conviventi)**

- che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è riconosciuto invalido al \_\_\_\_\_% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)

che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è disoccupato

che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è pensionato dal \_\_\_\_\_, come risulta dall'allegata documentazione

che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è riconosciuto invalido al \_\_\_\_\_% (allegare copia certificato dell'apposita Commissione sanitaria)

che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è disoccupato

che il proprio familiare/convivente \_\_\_\_\_ è pensionato dal \_\_\_\_\_, come risulta dall'allegata documentazione

#### **CONDIZIONE ECONOMICA**

che il reddito ISEE dell'intero nucleo familiare risultante dalla certificazione allegata, è di € \_\_\_\_\_ .

#### **TENORE DI VITA**

abitazione di proprietà \_\_\_\_\_: Cat. \_\_\_\_\_ rendita catastale \_\_\_\_\_ rata eventuale mutuo \_\_\_\_\_

abitazione di proprietà \_\_\_\_\_: Cat. \_\_\_\_\_ rendita catastale \_\_\_\_\_ rata eventuale mutuo \_\_\_\_\_

abitazione in affitto: proprietario \_\_\_\_\_ canone mensile \_\_\_\_\_

automobile di proprietà \_\_\_\_\_ immatricolazione anno \_\_\_\_\_ cv \_\_\_\_\_ Kw \_\_\_\_\_

automobile di proprietà \_\_\_\_\_ immatricolazione anno \_\_\_\_\_ cv \_\_\_\_\_ Kw \_\_\_\_\_

beni mobili del dichiarante: \_\_\_\_\_ immatricolazione anno \_\_\_\_\_

beni mobili del coniuge/convivente: \_\_\_\_\_ immatricolazione anno \_\_\_\_\_

TV: marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

ABBONAMENTO SKY: marca \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

LETTORE DVD: marca \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

COMPUTER: modello fisso \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

COMPUTER: modello portatile \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

I-PAD

I-PHONE

CELLULARE: n° \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_; marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

ANTENNA PARABOLICA: \_\_\_\_\_

IMPIANTO ALLARME: marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ data acquisto \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'Ente ad accertare ed eventualmente coprire debiti nei propri confronti (art. 8,3 del Regolamento)

Il sottoscritto è consapevole che il Comune può svolgere tutte le verifiche ritenute utili all'accertamento di veridicità di quanto dichiarato, anche tramite collaborazioni con la Guardia di Finanza, autorizza tali accertamenti.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Si allega documentazione (Allegato A) riguardante i familiari tenuti agli alimenti (art. 433 c.c.) autorizzando l'Ente a contattarli direttamente con i mezzi a disposizione.

Si allega dichiarazione sostitutiva atto di notorietà attestante il motivo della richiesta di contributo.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

- N.B. - BARRARE CON UNA CROCETTA LE VOCI CHE INTERESSANO*  
*- ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'*

- isee del nucleo familiare;
- isee del solo soggetto che usufruirà del servizio;
- permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- documento d'identità;
- contratto d'affitto;
- certificato di disoccupazione rilasciato dal Centro per l'Impiego;
- ultima busta paga;
- documentazione che attesti lo sfratto;
- certificati medici;
- ricette mediche;
- preventivo di spesa per.....;
- documentazione che attesti la spesa sostenuta per.....;
- L.104/'92;
- certificato di invalidità più accompagnio;
- spese funerarie;
- libretto di circolazione dell'automobile;
- contratto di affitto;
- .....