

## ALLEGATO A

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2 legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,  
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ. modifiche e integrazioni)

ALL'UFFICIO DI PIANO  
AMBITO DI GALLIPOLI

**OGGETTO:** Domanda di ammissione “Contributo a famiglie numerose con un numero di figli conviventi fiscalmente a carico pari o superiore a tre e fino al 26 esimo anno di età”.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Residente	
Indirizzo	
Telefono/cell.	
Mail/PEC	

Consapevole delle sanzioni penali e amministrative in caso di dichiarazione mendace e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, pena l'esclusione dal beneficio del contributo

#### DICHIARA

- di essere cittadina italiana o di Paesi facenti parte dell'Unione Europea
- di essere cittadino di Paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;
- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Gallipoli;
- che il proprio nucleo familiare è composto da un numero di figli, fino al 26esimo anno di età a carico, pari o superiore a 3, che siano figli di uno o di entrambi i genitori del nucleo familiare (sussiste il requisito anche qualora uno o più figli, appartenenti al nucleo familiare beneficiario, abbiano padre e/o madre differenti dai genitori facenti parte del suddetto nucleo beneficiario);

di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità, avendo a riferimento il valore per “prestazioni a favore di minorenni” non superiore ad € 25.000,00.

**DICHIARA, altresì**

che il proprio nucleo familiare alla data della presentazione della domanda è così composto:

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>

Il sottoscritto dichiara inoltre, che il proprio nucleo familiare è composto da:

- numero \_\_\_\_\_ figli minori a carico
- numero \_\_\_\_\_ figli maggiorenni a carico\* (maggiore di età fino a 26 anni)

**\*Attenzione:** I figli maggiorenni sono considerati a carico IRPEF dei genitori se hanno redditi non superiori alla soglia di euro 2.840,51 riportata nel Testo Unico delle imposte sui redditi (D.P.R. 22.12.1986, n. 917 art.12, comma 2), tale limite è elevato a 4.000 euro per i figli di età non superiore a ventiquattro anni (ai sensi della Legge 27 dicembre 2017, n. 205).

- che l'ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_.

**C H I E D E**

Il contributo a favore delle famiglie numerose di cui all'Avviso pubblicato con Determina del Responsabile dell'Ufficio di Piano n.589 del 21/02/2024 sottoforma di rimborso, per spese sostenute nel triennio 2021 - 2023, quale agevolazione sulle imposte e tributi di competenza annuale (nello specifico imposta Tari comunale e IMU, anche in forma cumulativa);

## DICHIARA, inoltre, che

È a conoscenza del fatto che per il periodo innanzi attestato è possibile richiedere solo una volta il rimborso spese per quest'Avviso e che non è possibile richiedere a rimborso altra documentazione se non quella allegata;

La documentazione di spesa, presentata ed allegata, fa riferimento al triennio 2021 - 2023 e che quella presentata fuori da tale periodo non sarà considerata utile al rimborso richiesto con il corrente avviso

Alla presente allega la sotto elencata documentazione:

- Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente;
- Copia del permesso di soggiorno o, in caso di rinnovo dello stesso, la ricevuta di presentazione;
- Elenco delle spese come da Allegato alla domanda di partecipazione;
- Documenti organizzati secondo l'ordine dell'elenco spese inviato

## CHIEDE

Che l'importo del contributo venga accreditato sul conto corrente/carta ricaricabile identificata come di seguito indicato:

BANCA	
FILIALE/AGENZIA	
INTESTATO A	

Cod. IBAN:

	PAESE	CIN	EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO	CORRENTE
IT								

n. caratteri :      2      1      5      5      12

IBAN: **Attenzione:** il c.c. postale con ABI: **07601** e CAB: **03384 non può essere utilizzato** per il pagamento tramite bonifico

**Attenzione:** Per essere sicuri che l'IBAN comunicato sia corretto e che il contributo possa essere erogato senza problemi allegare fotocopia IBAN del conto corrente, intestato al beneficiario o al Delegato all'incasso, rilasciato dalla Banca.

Il/La sottoscritto/a si assume tutte le responsabilità circa la correttezza dei dati inseriti nella presente istanza. Allo stesso tempo si impegna a comunicare eventuali modifiche relative ai dati inseriti, sollevando in toto l'Amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla errata compilazione/comunicazione degli stessi dati.

Il/La sottoscritto/a dichiara che è stato/a informato/a che, in caso di dichiarazione mendace, è soggetto/a alle sanzioni di cui all'art. 496 del c.p. e che è tenuto/a a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi. Dichiara altresì di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne tutte le condizioni.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 101/2018, che ha recepito le norme di cui al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO A CONTRIBUTI  
CONCESSI A FAMIGLIE NUMEROSE  
ALLEGATO ELENCO DELLE SPESE**

#	tipologie di spesa finanziabile	descrizione della spesa comunicata	anno di riferimento	€
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
			<b>TOTALE</b>	