

**AMBITO TERRITORIALE N. 5 DI GAGLIANO DEL CAPO (Le)**  
**L. 328/2000 – L. R. 17/2003**

Comuni di Acquarica Del Capo, Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Gagliano del Capo, Miggiano,  
 Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Presicce, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase, Ugento.

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL  
 CONTRIBUTO PER LA NATALITA'**

AL SIG. SINDACO

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

l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

in qualità di capofamiglia del nucleo familiare composto dai seguenti componenti:

Num.	Cognome e nome	Grado di parentela
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**CHIEDE**

**l'erogazione del contributo di € 1.000,00 (mille/00), di cui alla Deliberazione di G. R. n. 2100 del 2 aprile 2004, integrata dalla Deliberazione di G. R. n. 474 del 31.03.2005, per ciascuno dei figli nuovi nati dalla data del 1° gennaio 2005 di seguito indicati:**

Num.	Cognome e nome	Data di nascita
1		
2		
3		
4		

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 ed avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere al contributo,

**DICHIARA**

- che la famiglia rappresentata è di nuova costituzione, essendo intervenuto il vincolo di matrimonio in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ con ( *cognome e nome del coniuge* ) \_\_\_\_\_ ;

- che i due coniugi si trovano della seguente situazione occupazionale:

Marito: \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;

- Moglie: \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- che il reddito complessivo del nucleo familiare è stato pari per l'anno \_\_\_\_\_ ad Euro \_\_\_\_\_;
  - che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ componenti residenti anagraficamente e fiscalmente nella stessa abitazione;
  - che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli, di cui \_\_\_\_\_ minori;
  - che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli minori con disabilità, come attestato da idonea documentazione allegata alla presente domanda;
  - che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli minori generati con parto gemellare/plurigemellare, avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
  - che eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ e che il sottoscritto potrà essere contattato ai seguenti recapiti telefonici \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

- che l'eventuale contributo potrà essere versato presso la Banca \_\_\_\_\_ n. di conto corrente \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_;

### SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente al Comune di \_\_\_\_\_ ogni variazione che dovesse interessare ciascuno dei dati sopra riportati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

(Il richiedente)

\_\_\_\_\_

### INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

Ai sensi del D. Lgs. Giugno 2003, n.196, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci, la informiamo di quanto segue:

- che il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il conferimento del contributo regionale;
- che il trattamento dei dati richiesti sarà effettuata manualmente e con sistemi informatizzati, i dati non saranno comunicati o diffusi a soggetti terzi;

Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale omissione dello stesso comporta l'impossibilità a proseguire la procedura amministrativa.

FIRMA

(Il richiedente)

\_\_\_\_\_

### ALLEGATI:

- Dichiarazione dei redditi del nucleo familiare o dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Certificato di nascita del/dei neonato/i per i quali si richiede il contributo;
- Eventuale documentazione attestante le condizioni di disabilità del neonato per il quale si richiede il contributo;
- Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale;
- Altri ed eventuali documenti \_\_\_\_\_