

AL SIG. PRESIDENTE DELLA PROVINCIA REGIONALE DI
TRAPANI

I sottoscritt_____ nat_ a

_____ il _____

C.F. _____

Residente a _____ e domiciliato nella via

_____ Tel. _____

consapevole che ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 saranno effettuati idonei controlli, secondo le Leggi vigenti ed in conformità al Regolamento I.S.E.E., sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate* e ferme restando le sanzioni penali previste dal D.P.R. suddetto, qualora dal controllo emerga la non veridicità della dichiarazione effettuata, il dichiarante decade dal beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e le eventuali somme indebitamente percepite saranno recuperate dall'Amministrazione Provinciale,

CHIEDE

un contributo economico, ai sensi del nuovo regolamento provinciale approvato giusta Deliberazione Consiliare n.99/C del 17/11/2009 per le seguenti motivazioni:

- () Colpito da particolari, improvvise ed imprevedibili calamità.
- () Appartenente a famiglia indigente con familiari affetti da gravi patologie anche costretti a ricoverarsi in ospedali specializzati in Italia o all'estero o bisognevoli di cure continue e controlli sanitari.

*(I controlli saranno diretti anche ad accertare sia la veridicità delle informazioni fornite presso gli Istituti di Credito e gli altri Intermediari Finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.Lgs.vo n. 109/1998 e dell'art.6 comma 3 del D.P.C.M. n. 221/1999 e successive modificazioni, nonché la veridicità della situazione familiare dichiarata, sia ad effettuare confronti dei dati reddituali/patrimoniali con quelli in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze)

Dichiara, ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 al Capo III agli artt. 38 comma 3, 46, 47, 48 e 76, consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del citato D.P.R:

- di essere iscritto nelle liste dell'Ufficio di collocamento di _____ dal _____;
- di non essere iscritto nelle liste di collocamento di alcun Comune;
- di prestare attività lavorativa in modo continuativo con un reddito mensile di € _____;
- di prestare attività lavorativa in modo saltuario con reddito mensile di € _____
- di non svolgere nessuna attività lavorativa;
- di possedere, unitamente al nucleo familiare, i seguenti beni immobili:
- _____
- nessuno, (SI specificare quali e le relative rendite catastali)
- _____
- Che il/la _____ è affetto da gravi patologie e per tale motivo è costretto a ricoveri e/o cure presso _____

che il nucleo familiare è composto come segue:

1) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

2) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

3) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

4) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

5) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

6) _____ nat. a _____ il _____ relazione di parentela _____ lavoro saltuario lavoro continuativo, guadagno mensile € _____ disoccupato, studente, altro.

Dichiara, altresì:

- di non avere percepito alcun contributo né di aver presentato istanza presso altri enti;
- di aver percepito contributo per € _____ in data _____
- di aver presentato istanza presso _____
- di essere titolare di redditi (anno 20__) relativi a:
- fabbricati, pensione, lavoro autonomo, lavoro dipendente, altro, (specificare la categoria) _____
- di non essere coperto da specifica assistenza o/da particolari forme assicurative

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;**
- Certificato Medico (in originale o copia conforme) dove sia specificata la patologia;**
- Ricevute fiscali relative a visite specialistiche, accertamenti sanitari, nonché ticket che documentino le spese complessivamente sostenute in ragione del ricovero (in originale);**
- Altra eventuale documentazione comprovante la malattia stessa;**
- Modello I.S.E.E;**
- Informazioni utili a risalire all'autorità eventuale intervenuta per quantificare il danno subito a causa della calamità e/o a cui è stata fatta denuncia;**

Si autorizza, ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n.196, il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'istruzione e definizione della stessa.

FIRMA
