



Comune di Noicattaro



Comune Capofila
Mola di Bari



Comune di Rutigliano

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 11

All'Ambito Territoriale Sociale n. 11

Comune di _____

OGGETTO: Istanza di accesso alle risorse per Interventi per il benessere delle famiglie numerose –
Del. G. R. n. 220/2020 – Del. G. R. n. 861/2023.

Io sottoscritt_ _____

nato a _____ il _____ codice fiscale _____

residente in via/p.zza/c.so _____ n. _____ a _____ (BA)

indirizzo email _____ cell _____

protocollo DSU n. INPS-ISEE- _____ del _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

DICHIARO che il mio nucleo familiare è così composto (*escluso il dichiarante*):

| N. | COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | ETA' | TIPO PARENTELA | FISCALMENTE A CARICO |
|----|---------|-------|-----------------|-------|----------------|----------------------|
| 1 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

DICHIARO, altresì:

1. ● di aver preso atto, e compreso tutto quanto riportato nell'Avviso Pubblico;
2. ● di essere consapevole che qualsiasi comunicazione da parte dell'ATS sarà fatta a mezzo email;
3. ● di essere consapevole che l'ATS effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
4. ● di essere consapevole che l'eventuale rimborso sarà erogato salvo disponibilità delle risorse;
5. ● di essere consapevole che l'eventuale rimborso **sarà erogato entro il 31/10/2024**;
6. ● di aver sostenuto spese per i miei figli, rientranti nelle seguenti macroaree (*indicare*):
 - a) spese per rette relative a ludoteche, centri diurni e/o servizi educativi e per il tempo libero, centri aperti polivalenti, centri per disabili: € _____;
 - b) spese per rette di strutture che forniscono attività, progetti e servizi per l'apprendimento, l'educazione e per il benessere, per i bisogni educativi speciali BES, disturbi specifici dell'apprendimento DSA, difficoltà scolastiche: € _____;
 - c) spese per abbonamenti per il trasporto pubblico: € _____;
 - d) spese per rette relative alle scuole dell'infanzia convenzionate con l'ATS: € _____;
 - e) spese per l'acquisto di libri e/o materiale scolastico: € _____;
 - f) spese per attività formative e culturali extrascolastiche: € _____;
 - g) spese mediche non riconosciute dal SSN: € _____.

CHIEDO che

l'eventuale riconoscimento del rimborso economico, venga erogato a mezzo Bonifico su conto corrente/postale:

INTESTATARIO CONTO: _____ C. FISCALE _____

NATO IL _____ A _____ (_____)

IBAN: _____

* **si precisa che l'IBAN indicato, non dovrà essere di un libretto**

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

1. Documento di identità in corso di validità del dichiarante/richiedente;
2. Eventuale verbale di invalidità;
3. Documentazione fiscale attestante le spese di cui ai precedenti punti **a), b), c), d), e), f), g)**;
4. Modello 730 in corso di validità.

_____, li _____

FIRMA
