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 dichirante*):

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 riborso **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 edicativi 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 attestante le spese di cui ai precedenti punti **a), b), c), d), e), f), g)**;
4. Documento per verificare i figli a carico.

_____, lì _____

FIRMA

_____