



COMUNE DI CASTIADAS
Città Metropolitana di Cagliari Servizio Amministrativo,
Sociale ed Economico Ufficio Socio-Assistenziale

Spett.le COMUNE DI CASTIADAS
Ufficio Politiche Sociali e Servizi Alla Persona
Loc. Olia Speciosa
09040 Castiadas

Allegato C)

OGGETTO: Legge R.A.S. 9 marzo 2022, n. 3, art. 13, Disposizioni in materia di contrasto allo spopolamento, comma 2, lett. a). ASSEGNO DI NATALITÀ a favore di nuclei familiari che risiedono nei Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti.

CONFERMA REQUISITI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ANNO 2025 PER I GIA' BENEFICIARI.

I sottoscritti (genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

1) Cognome e nome _____ C.F. _____
nat_a _____ il _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ cellulare _____

2) Cognome e nome _____ C.F. _____
nat_a _____ il _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ cellulare _____

In qualità di (barrare la casella corrispondente):

genitore esercente la responsabilità genitoriale;

affidatario (in caso di affidamento preadottivo);

legale rappresentante del genitore, nel caso di genitore minorenni o incapace;

tutore autorizzato dall'Autorità Giudiziaria ad incassare le somme a favore dei minori.

del minore (Cognome e nome) _____,

nato/a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

residente a Castiadas dal giorno ___/___/_____

primo figlio beneficiario oppure

secondo figlio beneficiario

CHIEDONO

Anche per l'annualità 2025, la concessione dell'Assegno di Natalità ai sensi della Legge della Regione Autonoma della Sardegna 9 marzo 2022, n. 3, art. 13 comma 2, lett. a) e a tal fine

DICHIARANO

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000.

- di confermare il possesso dei requisiti già dichiarati nella prima annualità, anno 202__;
- di essere già stati riconosciuti beneficiari della misura in oggetto dal Comune di _____;
- di essere, dal momento del riconoscimento del beneficio, sempre stati residenti nel Comune di Castiadas oppure:
- di aver trasferito la propria residenza presso il Comune di Castiadas a far data dal _____, dal Comune di _____ nel quale si era già stati riconosciuti beneficiari del contributo in oggetto;
- di essere, almeno un genitore, convivente e coabitare con il figlio, nonché avere abituale dimora nel Comune di Castiadas;
- di aver preso atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016;

ALLEGATI:

- **Copia del documento di identità dei firmatari;**
- **Copia del codice IBAN con indicazione dell'intestatario del conto corrente su cui verrà accreditato il contributo;**
- **Per coloro che si sono trasferiti da altro Comune anche:**
 - **Eventuale Decreto di nomina di Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno nei casi previsti;**
 - **Eventuale copia del decreto di adozione o di affido preadottivo;**
 - **Eventuale copia del decreto di nomina di Legale rappresentante del genitore, nel caso di genitore minorenni o incapace.**

Firma di entrambi i genitori

Castiadas, lì _____

