



**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 2026 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 2026, 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 minorenne o incapace.**

Firma di entrambi i genitori

Castiadas, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_