



COMUNE DI CASTIADAS

Provincia Sud Sardegna – Loc. Olia Speciosa

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Al Servizio Sociale del

Comune di Castiadas

OGGETTO: ASSEGNO DI NATALITA'- Concessione di contributi per ogni figlio nato, adottato o in affido preadottivo nel corso del 2024 e anni successivi, a favore di nuclei familiari che risiedono o trasferiscono la residenza nei Comuni con popolazione inferiore a 3.000 abitanti.

I sottoscritti:

1. _____ nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ CF _____ tel. _____
email _____

2. _____ nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ CF _____ tel. _____
email _____

CHIEDONO

Di poter beneficiare del contributo "Assegno di natalità" per il proprio figlio/a _____
nato/a a _____ il _____ CF _____ adottato/ affido dal

DICHIARANO

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell' articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell' articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative a dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.).

- essere cittadini italiani o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una nazione non facente parte dell'Unione Europea, in possesso di regolare permesso di soggiorno alla data di pubblicazione dell'avviso da parte del Comune di Castiadas;
- essere residenti nel Comune di Castiadas;
- avere trasferito la residenza dal comune di _____ nel Comune di Castiadas e mantenerla, per almeno 5 anni, insieme alla dimora abituale, pena la decadenza del beneficio dalla data del verificarsi della causa di decadenza;
- almeno uno dei genitori convive o coabita con il figlio, nonché avere abituale dimora nel Comune di Castiadas;
- non occupare abusivamente un alloggio pubblico;
- essere proprietario di un immobile ubicato nel Comune di Castiadas,
 - averne la disponibilità in virtù di un contratto di locazione:
 - di comodato
 - altro titolo equivalente _____

PEC: protocollo@pec.comune.castiadas.su.it

Email: assistente.sociale@comune.castiadas.su.it

Tel. 070 99450313 - P. Iva 01635760927 – CF. 92017230928

- l'immobile è destinato a dimora abituale per l'intero periodo di godimento del beneficio;
- esercitare la responsabilità genitoriale e/o la tutela legale del minore

CHIEDONO:

che il versamento del contributo spettante sia effettuato tramite accredito:

C.C. Bancario/Postale

- a me intestato e/o cointestato **(inserire il nominativo dell'intestatario)** _____ Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto dichiara inoltre

- di aver preso visione dell' informativa privacy indicata nell' Avviso Pubblico;
- di comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento;

Allega alla domanda copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente in corso di validità; copia documentazione eventuale contratto di locazione o comodato;

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Firma dell'altro genitore

"In caso di unico richiedente consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000 dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337ter, 337 quarte del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma del richiedente

AUTORIZZO

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati n. 679/2016.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
