****

**AL COMUNE DI PORDENONE**

**ENTE GESTORE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI**

**COMUNI DELL’AMBITO TERRITORIALE NONCELLO**

###### Sede di

* PORDENONE, Settore III - P.tta Calderari, 2
* CORDENONS, Municipio - Piazza della Vittoria, 1
* PORCIA, Centro Socio Assistenziale - Via Risorgive, 3
* ROVEREDO IN PIANO, Municipio - Via G. Carducci, 9
* SAN QUIRINO, Municipio, Via Molino di Sotto, 41
* ZOPPOLA, Municipio, Via A. Romanò, 14

# Oggetto: domanda di accesso all’intervento economico a sostegno delle gestanti e neomamme ai sensi dell’art. 8 della legge regionale 11/2006

Io sottoscritta *(scrivere cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia \_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDO

# di accedere all’intervento economico a sostegno delle gestanti e neomamme ai sensi dell’art. 8 della legge regionale 11/2006.

# A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decado dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ed incorro nelle sanzioni previste dall’art. 76 del DPR citato,

# DICHIARO

**🞏** che l’importo dalla dichiarazione ISEE del mio nucleo familiare in corso di validità alla data odierna è inferiore/uguale ad € 9.360,00:

attestazione ISEE rilasciata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza il 31/12/\_\_\_\_\_ di importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏** di essere in stato di gravidanza o di aver partorito nei precedenti sei mesi (data di nascita del figlio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_)

# E CHIEDO

che il beneficio mi venga erogato secondo la seguente modalità:

**🞏** bonifico bancario su conto corrente – libretto postale avente il seguente codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**🞏** altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### ALLEGO altresì copia del seguente documento di identità in corso di validità:

###### 🞏 carta d’identità 🞏 altro *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### 🞏 copia dell’attestazione ISEE in corso di validità

###### 🞏 Informativa e consenso al trattamento dei dati personali firmata

###### *(solo per cittadini extracomunitari)*

###### ALLEGO inoltre copia di:

###### 🞏 permesso soggiorno 🞏 carta soggiorno 🞏 ricevuta domanda rilascio copia/permesso di soggiorno

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della richiedente

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

COMPILAZIONE A CURA DELL’UFFICIO RICEVENTE

Da compilare SOLO se la presente segnalazione è firmata in presenza dell’Assistente Sociale

Ai sensi dell’art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 dichiaro che la presente segnalazione è stata firmata in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra *(scrivere cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della cui identità mi sono accertata/o mediante il seguente documento d’identità n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data (*scrivere giorno/mese/anno)* \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPILAZIONE A CURA DELL’UFFICIO RICEVENTE

Da compilare SOLO se la presente segnalazione viene consegnata già sottoscritta

Ricevuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi della L. n. 241/1990 si comunica che il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Rossella Di Marzo