



## REGIONE PUGLIA



ALLEGATO A

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46, D.P.R. 445/2000)

Al Responsabile dell’Ufficio di Piano  
Dell’Ambito Territoriale di Gagliano del Capo

**OGGETTO:** Richiesta di partecipazione all’Avviso Pubblico *Interventi per il benessere delle famiglie numerose – D.G.R. n. 220/2020 – D.G.R. n. 861/2023 A.D. n. 852/2023*

Il/la sottoscritto/a .....

Codice Fiscale .....

nato/a a ..... il .....

con residenza nel Comune di .....

via ....., n .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano; qualora si compili il modulo nelle righe che interessano, non si considera irregolarità la semplice dimenticanza di barrare la casella)

di essere residente nel comune di .....

in via ....., n....., Cap ....., dal .....

che la famiglia convivente (alla data ...../...../.....) è composta dalle seguenti persone:

N.	Grado parentela	Codice Fiscale	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

che l'ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_.

Pertanto

**CHIEDE**

di essere inserito nel programma a favore delle famiglie numerose, **di cui all'Avviso pubblico**.

Alla presente si allega:

- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente (e del permesso di soggiorno in caso di cittadini extracomunitari), in corso di validità;
- Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità (come previsto da avviso)
- Certificazione che attesta l'eventuale disabilità di un figlio;

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 101/2018, che ha recepito le norme di cui al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_