



## Distretto Socio Sanitario di Carbonia

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

Al Comune di \_\_\_\_\_

**Richiesta di ammissione all'Avviso Pubblico "La famiglia cresce"**  
**Sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi**  
di cui alla D.G.R. n. 39/41 del 03.10.2019

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E\_mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso/a ad usufruire del contributo previsto nell'intervento "La famiglia cresce" destinato ai nuclei familiari, di cui almeno un componente sia residente in Sardegna da almeno 24 mesi, composti da tre o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra i 0 e 25 anni e con un reddito ISEE non superiore a € 30.000,00

### A TAL FINE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e/o uso di atti falsi, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in ordine alla decadenza dei benefici

### DICHIARA

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di essere residente da almeno 24 mesi nel territorio della Regione Sardegna  
*oppure*

che è residente da almeno 24 mesi nel territorio della Regione Sardegna il componente del nucleo familiare di seguito indicato \_\_\_\_\_ (*indicare il nominativo*)

