



**GESTIONE ASSOCIATA DEI COMUNI
FOLLONICA – GAVORRANO – SCARLINO**

UFFICIO ASSOCIATO SERVIZI SCOLASTICI, SOCIALI ED EDUCATIVI

Via Roma 47 – 58022 Follonica (GR) tel. 0566/59014 Fax 0566/59417 [mail:acaturelli@comune.follonica.gr.it](mailto:acaturelli@comune.follonica.gr.it)

**PROGETTO “ FOR MY BABY” anno 2020
Contributo in buoni acquisto per i nati nel 2019
(Scadenza domanda 28/02/2020)**

RIF. AVVISO PUBBLICO PROT. n 929 scadenza 28/02/2020

Al Comune di Follonica

Ufficio Servizi Socio Educativi

SEDE

Nome e cognome richiedente	
indirizzo	
Luogo e data di nascita	
Contatti (telefono fisso e mobile)	
mail	
Nome e cognome bambino	
Data di nascita	

Il sottoscritto, presa visione del bando pubblico in oggetto, con la presente

CHIEDE

di poter beneficiare dei buoni acquisto istituito a sostegno delle famiglie con minori nati o adottati nel periodo dal 01/01/2019 al 31/12/2019 e registrati dall' origine all'ufficio anagrafe del Comune di Follonica.

A tal fine, consapevole che ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità



GESTIONE ASSOCIATA DEI COMUNI FOLLONICA – GAVORRANO – SCARLINO

UFFICIO ASSOCIATO SERVIZI SCOLASTICI, SOCIALI ED EDUCATIVI

Via Roma 47 – 58022 Follonica (GR) tel. 0566/59014 Fax 0566/59417 mail:acaturelli@comune.follonica.gr.it

DICHIARA

di avere la cittadinanza:

- Italiana
- Di uno stato aderente all'Unione Europea: (precisare) _____
- Di uno stato extra Unione europea : (precisare) _____

e di essere in possesso del seguente documento di soggiorno:

- Carta di soggiorno rilasciata in data _____ dalla Questura di _____;
- Permesso di soggiorno valido fino a _____ rilasciato dalla Questura di _____;
- Di essere residente nel Comune di Follonica dal _____
- Di avere un reddito compreso fra 0 e 36.152,00 euro
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice Fiscale	Rapporti* con il richiedente

A=coniuge; B= figlio/a; C= padre/madre; D= fratello/sorella; E= suocero/suocera; F= genero/nuora; G= altro parente o affine da specificare; H= altra persona non legata da vincoli di parentela o affinità



GESTIONE ASSOCIATA DEI COMUNI FOLLONICA – GAVORRANO – SCARLINO

UFFICIO ASSOCIATO SERVIZI SCOLASTICI, SOCIALI ED EDUCATIVI

Via Roma 47 – 58022 Follonica (GR) tel. 0566/59014 Fax 0566/59417 [mail:acaturelli@comune.follonica.gr.it](mailto:acaturelli@comune.follonica.gr.it)

Di essere a conoscenza che potranno essere effettuati idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora al controllo emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritta/o decadrà dal beneficio ottenuto e l'ente potrà procedere al recupero delle somme indebitamente percepite.

DICHIARA

Ai sensi del GDPR (General date Protection Regulation) n° 679/2016 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali), di acconsentire al trattamento dei dati personali qui forniti unicamente al fine della corretta e completa esecuzione del servizio richiesto.

ALLEGA

la seguente documentazione:

- Certificazione fascia di reddito (è possibile verificare la propria fascia economica utilizzando la tessera sanitaria elettronica attivata, presso i totem presenti nella sede asl o presentandosi direttamente agli sportelli preposti della asl)
- Fotocopia della carta o permesso di soggiorno (solo per cittadini extracomunitari)
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità

Luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE
