**ALLEGATO B**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,

Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

AL RESPONSABILE DELL’UFFICIO DI PIANO

**AMBITO DI CONVERSANO** Piazza XX SETTEMBRE 25 – 70014 CONVERSANO (BA)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all’Avviso Pubblico “PROGRAMMA DI INTERVENTI PER LE FAMIGLIE NUMEROSE – ANNO 2023/2024**

Il/La sottoscritto/a , nato/a a il , e residente a

 , in via n.

Codice Fiscale , tel.

Cod. IBAN: intestato a

DICHIARA

- che il nucleo familiare alla data del è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- che l’ISEE, in corso di validità, del proprio nucleo familiare è di € .

Pertanto

***C H I E D E***

di essere inserito nel programma a favore delle famiglie numerose di cui all’Avviso pubblicato con Determina del Responsabile dell’Ufficio di Piano n…… del per i seguenti interventi:

**Categoria A) assegnazione di bonus e/o riduzioni delle tariffe e delle rette dei servizi comunali rivolti agli studenti di trasporto scolastico e di mensa scolastica** pari al 30% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

**Categoria B) agevolazioni e/o riduzioni delle imposte e tributi di competenza comunale (lrpef comunale, tari, altre forme di tributi locali)** pari al 50% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

**Categoria C) agevolazioni nell'uso dei trasporti pubblici** pari al 30% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

**Categoria D) riduzione per i servizi e le attività formative e culturali extrascolastiche per i ragazzi (campi scuola, vacanze studio, accesso a musei, teatri, cinema, attività sportive, attività ludico-motorie, ecc.)** pari al 30% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

**Categoria E) spese per ticket sanitari e visite specialistiche** pari al 30% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda e relative a spese non riconosciute dal SSN;

**Categoria F) bonus idrico** pari al 30% del costo effettivamente sostenuto riveniente dalle ricevute presentate in sede di domanda;

## Categoria G) altri interventi a sostegno delle famiglie numerose, diversi da quelli fin qui indicati, che seguono:

* concessione di un contributo economico di massimo € 150,00 per minore, a copertura delle spese mediche non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale quali occhiali, apparecchi odontoiatrici, protesi ortopediche ecc. ecc.)
* concessione di un contributo di massimo € 100,00 per minore, per il rimborso delle spese per l’acquisto di libri e materiale scolastico;

DICHIARA, inoltre, che

* È a conoscenza del fatto che per il periodo innanzi attestato è possibile richiedere solo una volta il rimborso spese per quest’avviso e che non è possibile richiedere a rimborso altra documentazione se non quella allegata
* La documentazione presentata ed allegata fa riferimento a spese sostenute nel periodo compreso tra il

…………… e il ……………….. e che quella presentata ma fuori da tale periodo non sarà considerata utile al rimborso richiesto con il corrente avviso.

Alla presente allega la sottoelencata documentazione:

1. **Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità,**
2. **Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente,**
3. **In caso di figli disabili nel nucleo familiare, certificazione INPS o di altro ente pubblico della condizione di invalidità.**
4. **Stampa dell’elenco delle spese come da Allegato alla presente domanda di partecipazione,**
5. **copia dei documenti di spesa organizzati secondo l’ordine dell’elenco spese inviato ed ad esso allegati e numerate ed aventi le caratteristiche descritte nel punto 4 dell’Avviso**. Si allega copia del fac simile di liberatoria da produrre per i pagamenti in contanti.

Il/La sottoscritto/a dichiara che è stato/a informato/a che, in caso di dichiarazione mendace, è soggetto/a alle sanzioni di cui all’art. 496 del c.p. e che è tenuto/a a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi. Dichiara altresì di aver preso visione del bando e di accettarne tutte le condizioni.

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

**ALLEGATO ELENCO SPESE AVVISO FAMIGLIE NUMEROSE 2023 2024**

**AMBITO DI CONVERSANO**



**AMBITO TERRITORIALE DI CONVERSANO,**

Comuni associati Conversano - Monopoli - Polignano a Mare - ASL BA

**AVVISO FAMIGLIE NUMEROSE 2023 / 2024**

# ELENCO DELLE SPESE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **tipologie di spesa finanziabile \*** | **descrizione della spesa comunicata** | **data del documento contabile** | **tipologia di pagamento** | **somma pagata €** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| ……. |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |  |

(\*) specificare la tipologia di spesa inserita nella sezione INTERVENTI FINANZIABILI dell'Avviso

**ALLEGATO FAC-SIMILE**

**Dichiarazione in autocertificazione liberatoria del fornitore del pagamento in contanti**

**Da redigere su carta intestata del Fornitore**

**Alla c.a. del Sig.re/Sig.ra**

**Via/Piazza ……………………. Città ………………………**

 sottoscritt

nat - il

In qualità di / titolare / legale rappresentante/ dell’impresa denominata

 con sede legale in:

Via n° Comune CAP Provincia Iscritta al registro delle imprese di con il n. P.IVA

**ATTESTA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76**

che i seguenti documenti fiscali:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero** | **Data** | **Descrizione** | **Importo** | **Data pagamento** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

sono stati integralmente pagati in contanti (per importi inferiori alla soglia prevista dalla normativa vigente) e

che per le stesse si rilascia la più ampia quietanza, non avendo null’altro a pretendere.

Luogo e data

Timbro e firma1

Allegare copia di un documento d’identità in corso di validità e sottoscritto, avendo cura che tale documento sia leggibile. In caso di cittadini extracomunitari occorre invece l’autenticazione da parte di un pubblico ufficiale (circoscrizione, notaio o ambasciata).