

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla SDS ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare. Dichiaro altresì, di essere informato/a ai sensi del D.Lgs 196/2003 e ss. .i. che i dati personale raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### CONTROLLI

L'Ente si riserva ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell'art. 46 del medesimo DPR.

Qualora dai sopraccitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Ente provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dal/dalla richiedente e a comunicare all'INPS i dati per l'avvio delle procedure per il recupero delle somme indebitamente percepite.

### ALLEGATI

(documenti a completamento della domanda)

- copia Documento di Identità in corso di validità per la cittadinanza italiana e/o comunitaria;
- copia Permesso di Soggiorno CE di lungo periodo (ex Carta di Soggiorno) per cittadinanza non italiana / non comunitaria;
- copia ricevuta attestante la presentazione della DSU;
- copia documentazione attestante status di "rifugiato politico" nel caso di non cittadinanza italiana e/o comunitaria;
- copia della ricevuta della richiesta alla Questura del Permesso di Soggiorno CE di lungo periodo (ex Carta di Soggiorno) per cittadinanza non italiana / non comunitaria o documentazione attestante status di "rifugiato politico";
- Copia documentazione Codice IBAN nel caso di Bonifico c/c Bancario/Postale intestato.

Scandicci, li' \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### SOCIETA' DELLA SALUTE della Zona Fiorentina Nord Ovest

Gestione Associata Servizi Sociali  
Polo Amm.vo Scandicci/Lastra a Signa  
Piazzale della Resistenza, 1 - 50018 SCANDICCI - FI  
Tel 055/7591205 - Fax 055/7591207  
Referente Oriana Cecchetti



Al Direttore della Società della Salute Nord Ovest  
Al Sindaco del Comune di Scandicci

### ISTANZA ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE - art 65 della Legge N. 448/98 e ss.mm. e ii.

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a SCANDICCI in VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo - mail \_\_\_\_\_

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

In qualità di genitore con **tre figli minori di 18 anni**,

#### CHIEDE

Di poter fruire dell'erogazione dell'Assegno per il **NUCLEO FAMILIARE** per l'anno **2015**, ai sensi dell'art. 65 della legge N. 448/98 e successive modifiche e integrazioni.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché di quanto previsto all'art. 76 del medesimo D.P.R. ossia che qualora dal controllo di quanto dichiarato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 44/2000)

di essere cittadino/cittadina italiano/a (o di altro Stato appartenente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_);

di essere cittadino /a \_\_\_\_\_ in possesso del permesso di Soggiorno CE di lungo periodo (ex Carta di Soggiorno) per cittadinanza non italiana / non comunitaria o documentazione attestante status di "rifugiato politico";

di essere genitore di almeno tre figli minori;

che il requisito della composizione del nucleo familiare, previsto dalla legge, sussiste dalla data di nascita del 3° figlio minore: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere in possesso della nuova attestazione ISEE così come dal DPCM del 05/12/2013 n. 159, art 10, comma 3 in vigore dal 01/01/2015 presentata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

#### CHIEDE

Inoltre, che la liquidazione del beneficio spettante sia erogato con la seguente modalità:

- Assegno** all'indirizzo del richiedente;
- Accredito sul c/c** Bancario/Postale presso Istituto di Credito \_\_\_\_\_ intestato o cointestato.