



Città di Giugliano in Campania
(Provincia di Napoli)
Settore Welfare Tel 081-8956538

Data ___/___/___ prot. n° _____ fascicolo n° _____ ricevuta n° _____

DOMANDA DI ASSISTENZA A FAVORE DI "MINORI RICONOSCIUTI DA UN SOLO GENITORE"

I semestre II semestre anno _____

prima istanza prosieguo proroga
nuovo nato ripristino cambio domicilio
Conversione da contributo economico a istituto
Conversione da istituto a contributo economico
altro: _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. di ___)
il ___/___/___ cittadinanza _____
residente in _____ (prov. di ___)
domiciliato in _____ (prov. di ___)
c. a. p. _____ Via/Piazza _____ n° _____
telefono _____ Codice Fiscale _____
in qualità di genitore affidatario tutore altro _____
dei seguenti minori riconosciuti da un solo genitore:

1) COGNOME* _____ NOME _____

NATO/A IL ___/___/___ A** _____

2) COGNOME* _____ NOME _____

NATO/A IL ___/___/___ A** _____

3) COGNOME* _____ NOME _____

NATO/A IL ___/___/___ A** _____

4) COGNOME* _____ NOME _____

NATO/A IL ___/___/___ A** _____

*solo se diverso dal/la richiedente

**con eventuale circoscrizione

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 della Legge n° 67/93, assistenza mediante:

contributo economico

affidamento in istituto presso: _____

_____, Li ___/___/___

Il/La richiedente _____



Città di Giugliano in Campania (Provincia di Napoli)

Settore Socio Sanitario Tel 081-5069663

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE **ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR n° 445/2000**

Il/La sottoscritto/a, già generalizzato nella pagina precedente, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, **dichiara**, sotto la propria responsabilità:

- che il/la minore/i per cui si richiede assistenza è/sono stato/i riconosciuto/i da un solo genitore e di essere a conoscenza che, a tutt'oggi, non vi sia stato riconoscimento da parte dell'altro genitore;
- che il/la minore/i per cui si richiede assistenza non è/sono assistito/i da altri enti con contributi economici e/o affidamento in istituto o case famiglia;
- di essere disoccupato/a e, quindi, regolarmente iscritto/a nelle liste della sezione per l'impiego di _____ dal _____
- di non essere iscritto/a nelle liste della sezione per l'impiego in quanto:

casalinga invalido/a inabile altro _____

- di non svolgere alcuna attività in proprio o per conto terzi;
- di lavorare con le mansioni di _____
- aver percepito un reddito imponibile, nell'anno _____, di € _____
- di non possedere beni mobili e/o immobili, oltre a quelli di seguito indicati:

_____ produttori un reddito annuo di € _____

- che la propria famiglia, oltre al/la sottoscritto/a e al/i minore/i citati nella presente dichiarazione, risulta composta dalle seguenti persone:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

- che il/i minore/i per cui si richiede assistenza, frequenta/ano la scuola:

MINORE	Scuola – Indirizzo – Classe frequentata



Città di Giugliano in Campania (Provincia di Napoli)

Settore Socio Sanitario Tel 081-5069663

- che il/i minore/i per cui si richiede assistenza è/sono – non è-sono assistiti da altri enti per interventi culturali di reinserimento sociale;
- il/la sottoscritto/a, altresì, dichiara di essere informato/a, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione;
- il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, attesta che quanto esposto nella presente dichiarazione corrisponde al vero e di essere stato/a avvertito/a che in caso di false dichiarazioni si procederà secondo le disposizioni delle leggi vigenti in materia;
- il/la sottoscritto/a, altresì, dichiara di impegnarsi di comunicare a questa Direzione ogni eventuale variazione anagrafica e/o di stato civile e/o patrimoniale relative al proprio "status";
- il/la sottoscritto/a, infine dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi del vigente Regolamento per l'Assistenza del Comune di Giugliano, le autocertificazioni, utili al prosieguo dell'Assistenza, vanno prodotte e si ricevono esclusivamente nel mese di _____ di ogni anno e che coloro che presentano l'autocertificazione in data successiva avranno diritto al ripristino dell'Assistenza mediante contributo economico che sarà erogato a decorrere dal mese successivo a quello della presentazione di detta autocertificazione.

Data: _____ Firma _____

Si allega :

1. **certificato di nascita del minore con l'art. 3**
2. **Certificato ISEE anno 2010 per un importo massimo di € 7.500,00 aumentato di € 500,00 per ogni figlio.**

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

SI ATTESTA CHE IL/LA Signor/ra _____

nato/a a _____ (prov. di _____) il ____/____/____

identificato/a mediante _____ numero: _____

rilasciato dal _____ il ____/____/____

è stato avvisato/a sulle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni o di esibizione di documento di riconoscimento contenente dati non rispondenti a verità.

Data: _____ L'incarico per la ricezione _____