





## Ambito dell'Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino

### CHIEDE

### L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA CHE

- la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è indicata nell'allegata certificazione ISEE;
- la residenza anagrafica del nucleo familiare è nel Comune di : \_\_\_\_\_ ;
- il beneficiario ed i componenti il suo nucleo familiare nell'anno 2006 sono stati titolari dei redditi e rendite non fiscalmente imponibili come dalla dichiarazione in allegato 4;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza le seguenti cause di decadenza del beneficiario dal diritto alla fruizione del "Buono Sociale Mirato":
  - Trasferimento della residenza in altro Distretto
  - Sottoscrizione di dichiarazioni false e/o inattendibili risultate dai controlli effettuati
  - Ricovero definitivo in una struttura residenziale
  - Decesso
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
- di allegare alla domanda la certificazione ISEE
- di allegare alla domanda la fotocopia del documento di identità
- di richiedere quale modalità di corresponsione del Buono Sociale Mirato
  - Accredito su c/c Bancario (o Postale)

Coordinate bancarie ai fini del pagamento del Buono per il sostegno familiare:

Conto corrente intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Conto n° \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ PIN \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e indirizzo dell'intestatario \_\_\_\_\_

Assegno non trasferibile intestato a

Nominativo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e indirizzo dell'intestatario \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ il dichiarante \_\_\_\_\_

---



## Ambito dell'Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino

**In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30 Giugno 2003 si comunica che:**

1. I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del Buono per il sostegno familiare;
2. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del Buono per il sostegno familiare;
3. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ /piazza \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_