



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano,
Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art.2 legge 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 Comune

OGGETTO: Istanza per l'erogazione del contributo Famiglie Affidatarie

Il/La sottoscritt _____

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Residente	
Indirizzo	
Telefono	
cellulare	

e

Il/La sottoscritt _____

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Residente	



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano,
Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

Indirizzo	
Telefono	
cellulare	

In qualità di affidatari/o del/i minore/i sotto indicato/i(compilare un box per ogni minore in affido):

Nome e Cognome del minore _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Nome e Cognome del minore _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Nome e Cognome del minore _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Nome e Cognome del minore _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE/ONO

Di essere ammessi per l'anno 2024 all'erogazione del contributo economico in favore delle famiglie affidatarie ai sensi del "Disciplinare Contributi Famiglie Affidatarie" approvato con Delibera di Coordinamento Istituzionale n. 4 del 10.01.2024 e con Delibera di Giunta del Comune di Campi Salentina n. 5 del 12.01.2024



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

DICHIARA/NO

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000:

1) Di tenere in affidamento residenziale il minore/i minori sopra elencati in forza del:

- provvedimento del Tribunale per i Minorenni n. _____ del _____
- provvedimento del Tribunale Ordinario di _____ sez. _____ n. _____ del _____
- provvedimento amministrativo emesso dal Comune di _____
n. _____ del _____

2) L'affidamento è inquadrato giuridicamente come (*barrare l'opzione interessata*):

Affidamento intrafamiliare in quanto parente entro il IV grado – specificare grado di parentela

Affidamento etero familiare;

3) La data di inizio dell'affidamento è _____ ed è in corso al momento di sottoscrizione della domanda;

4) Di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà procedere ad accertamenti diretti su quanto autocertificato (L.241/90 art. 6) e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per le false dichiarazioni e l'uso di atti falsi.

Alla presente allega la sotto elencata documentazione:

- Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente;
- Provvedimento/ decreto di affidamento



Ambito Territoriale di Campi Salentina

Comprendente i Comuni di Campi Salentina (capofila), Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie

CHIEDE

Che l'importo del contributo venga accreditato sul conto corrente/carta ricaricabile identificata come di seguito indicato:

BANCA	
FILIALE/AGENZIA	
INTESTATO A	

Cod. IBAN:

PAESE	CIN	EUR	CIN	ABI	CAB	N.CONTO CORRENTE
IT						

Numero dei caratteri : 2 1 5 5 12

IBAN : **Attenzione:** il c.c. postale con ABI: **07601** e CAB: **03384 non può essere utilizzato** per il pagamento tramite bonifico

Attenzione: Per essere sicuri che l'IBAN comunicato sia corretto e che il contributo possa essere erogato senza problemi allegare fotocopia IBAN del conto corrente, intestato al beneficiario o al Delegato all'incasso, rilasciato dalla Banca.

Il/I sottoscritto/i si assume/ono tutte le responsabilità circa la correttezza dei dati inseriti nella presente istanza. Allo stesso tempo si impegna/no a comunicare eventuali modifiche relative ai dati inseriti, sollevando in toto l'Amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla errata compilazione/comunicazione degli stessi dati.

Il/I sottoscritto/i 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.

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 _____