


## ALLEGATO A

	<p align="center"><b>Legge regionale n. 54 del 28 dicembre 2021</b>  <b>art. 19 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”</b></p>	
<p align="center"><b>ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 19 della l.r. n. 54 del 28 dicembre 2021</b></p>		<p align="center"><b>ANNO 2022</b>  <b>Termine ultimo di</b>  <b>presentazione 30 giugno 2022</b></p>

Al Sindaco del Comune di

---

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 19 della l.r. 54/2021

**CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI**  
**(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)**  
**(art.19 l.r. 54/2021)<sup>1</sup>**

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

<b>RICHIEDENTE</b>													
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)							NOME						
DATA DI NASCITA				COMUNE O STATO DI NASCITA				PROV.					
STATO DI CITTADINANZA										SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
INDIRIZZO DI RESIDENZA				COMUNE DI RESIDENZA				CAP		PROV.			
CF <sup>2</sup>													

<sup>1</sup> Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza

<sup>2</sup> Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

madre

specificare se

- unico genitore (da barrare solo se la madre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

padre

specificare se

- unico genitore (da barrare solo se il padre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

- altro soggetto a cui è attribuita ai sensi della normativa vigente la responsabilità genitoriale

<b>FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.2003)</b>															
COGNOME E NOME															
LUOGO E DATA DI NASCITA														SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA					PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA					
CF.															

## DICHIARA INOLTRE

Che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per cui è richiesto il contributo;

Che il sottoscritto è residente in Toscana;

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno **2022** con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 euro

**oppure**

Di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data ..... e di essere a conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro euro non avrò diritto al contributo;

