

- (Se ricorre) che il proprio nucleo familiare è privo dei coniugi per il seguente motivo:

|__| vedovanza |__| separazione |__| stato di abbandono

- che il valore ISEE 2014 in corso di validità, del nucleo familiare convivente, è pari ad € _____,00;
- che il nucleo familiare risiede in abitazione di proprietà _____ in abitazione in locazione;
- che nel nucleo familiare sopra indicato sono presenti familiari aventi disabilità, certificata dalla competente Commissione Medica, (ASP- U.O. Medicina Legale) uguale o maggiore al 66% e nello specifico:

N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado parentela	Note Disabilità Estremi Verbale Commissione Medica

ALLEGATI:

- Copia del documento di identità in corso di validità .

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere conoscenza che, ai sensi dell’ art. 71 del DPR 445/2000, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, anche effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari ed autorizza il Comune ad effettuare tutti gli accertamenti necessari sulla situazione socio economica del proprio nucleo familiare.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, ai sensi dell’ art.75 del D.P.R. 445/200, qualora da controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/la sottoscritto/a si dichiara consapevole che, ai sensi dell’ art. 76 del D.P.R. 445/2000, chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti e ne fa uso nei casi previsti dal medesimo D.P.R., è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Enna, li _____

FIRMA

Si autorizza il Comune di Enna – Settore Servizi al Cittadino, al trattamento dei dati personali anche sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, per le finalità del presente procedimento.

Data _____

FIRMA
