



## **CITTA' DI CASTEL DI SANGRO (AQ)**

*Regno delle Due Sicilie - Carlo III - Privilegio del 20 ottobre 1744*

*Medaglia di bronzo al Valore Civile*

*Cod. Fisc. 82000330660 - P.I. 00092140664*

*C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)*

*Affari Sociali - Tel. 0864-8242217 - fax 0864/8242216*

*e-mail<affari.sociali@comune.casteldisangro.aq.it>*

### **DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNO AI NUCLEI FAMILIARI CON ALMENO TRE FIGLI MINORI**

**Al Signor Sindaco del Comune di  
Castel di Sangro**

   **I** sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a Castel di Sangro (AQ), in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

**la concessione dell'Assegno per nuclei familiari con almeno tre figli minori ai sensi dell'art. 66 della Legge 23 dicembre 1998 n. 448.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità,

### **DICHIARA**

anche a norma della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e s.m.i.:

**1.** Di avere la residenza in Castel di Sangro, Via / Piazza \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_ ;

**2.** Di essere:

- cittadino italiano e dell'U.E. residente;
- cittadino di paesi terzi soggiornante di lungo periodo;
- familiare non avente la cittadinanza di uno Stato membro, ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- cittadino straniero in possesso dello status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria.

**3. Di essere genitore di TRE figli minori conviventi con il dichiarante e facenti parte del nucleo familiare come segue:**

| N. | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | RELAZIONE PARENTELA |
|----|----------------|-------------------------|---------------------|
| 1. |                |                         |                     |
| 2. |                |                         |                     |
| 3. |                |                         |                     |
| 4. |                |                         |                     |
| 5. |                |                         |                     |
|    |                |                         |                     |
|    |                |                         |                     |

3. che il requisito relativo alla composizione del nucleo familiare si è verificato dal giorno \_\_\_\_\_;

4. di essere in possesso dei requisiti di reddito richiesti dall'art. 65, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, e dal D.M. 15 luglio 1999 per la concessione dei benefici di cui trattasi come risulta dalla dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D. L. vo 31 marzo 1998, n. 109;

5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune ogni evento che determini la variazione del nucleo familiare.

**DICHIARA INOLTRE**

- A. che quanto affermato nella presente domanda corrisponde al vero;
- B. di essere consapevole che i dati saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del Servizio come previsto dalla legge sulla privacy.

Chiede che l'assegno venga corrisposto con le seguenti modalità:

Bonifico bancario con le seguenti coordinate: IBAN \_\_\_\_\_

**Allega:**

- a. *Dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche Modello ISEE in corso di validità;*
- b. *Fotocopia di documento di identità.*

Castel di Sangro \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_