



COMUNE DI BERCHIDDA

Provincia di Sassari

Ufficio Servizi Sociali
Tel. 079/7039002 – 079/7039010
EMAIL: serviziociali@comune.berchidda.ss.it
PEC : serviziociali@pec.comune.berchidda.ss.it

*Al signor Sindaco
del Comune di
BERCHIDDA*

Oggetto: Istanza per l'assegnazione di un sussidio per l'integrazione e/o il pagamento della retta della “Casa di Accoglienza Maria Bambina” – Berchidda.

Il sottoscritto _____, nato a _____

il ____ / ____ / _____ residente a _____ via _____

n. ____ Tel./ Cell. _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

- beneficiario
- parente (specificare la relazione) _____
- tutore/amministratore di sostegno
- altro (specificare, ad es. delegato) _____

del Sig./ra _____, nato a _____

il ____ / ____ / _____ residente a _____ via _____

n. ____ Tel./ Cell. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

la concessione di un sussidio per l'integrazione e/o il pagamento della retta della “Casa di Accoglienza Maria Bambina” – Berchidda.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti richiesti dal bando e più precisamente:



COMUNE DI BERCHIDDA

Provincia di Sassari

Ufficio Servizi Sociali
Tel. 079/7039002 – 079/7039010
EMAIL: serviziociali@comune.berchidda.ss.it
PEC : serviziociali@pec.comune.berchidda.ss.it

- essere residente nel Comune di Berchidda dal ____ / ____ / ____;
- trovarsi in condizione di indigenza estrema e contestuale incapacità di soddisfare i bisogni primari secondo quanto stabilito annualmente dall'ISTAT nella classificazione delle soglie mensili di povertà assoluta della regione Sardegna, suddivise per tipologie familiari e tipo di Comune - anno di riferimento 2024, come previsto dalla tabella dell'**Allegato 1**;
- non disporre di mezzi, titoli o opportunità per poter essere accuditi, intendendo qualsiasi bene mobile e immobile in possesso degli aspiranti beneficiari sommariamente non superiore a € 25.000,00;

Accetta, inoltre, che l'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere all'effettuazione di idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai beneficiari.

Documentazione da allegare:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- eventuale verbale di nomina alla funzione di tutore/Amministratore di Sostegno;
- documentazione attestante la capacità economica e patrimoniale del beneficiario (pensioni, dichiarazione dei redditi, conti e/o libretti bancari e postali);

Berchidda, lì ____ / ____ / ____

Firma
