***COMUNE DI POMARANCE*** *Provincia di Pisa*

*P.za S.Anna n°1 56045- Pomarance (PI)- Tel. 0588/62311 Fax 0588/65470*

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FAVORE DI FAMIGLIE RESIDENTI NEL COMUNE DI POMARANCE FINALIZZATI AL PAGAMENTO DELLE SPESE DI RISCALDAMENTO DELL’AMBIENTE DOMESTICO ANNO 2023. CUP:F64F23000080002**

Modulo da consegnare debitamente compilato (in stampatello) e sottoscritto ai sensi di legge,

**inderogabilmente entro le ore 12.00 del 12.04.2024**

# Al Comune di Pomarance

Piazza Sant’Anna, 1

# 56045 Pomarance (PI)

Il/La sottoscritto/a , presa visione dell’avviso pubblico per l’assegnazione di contributi economici a favore di famiglie residenti nel comune di Pomarance finalizzati al pagamento delle spese di riscaldamento dell’ambiente domestico anno 2023, ai sensi degli atti richiamati nell’avviso

***CHIEDE***

l’assegnazione del contributo economico suddetto e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, **ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

## DICHIARA

□ di essere nato/a il a prov.

Stato residente in Via/Piazza

n° Codice Fiscale | | | || | | || | || || | || | | | | |

Tel. Cellulare

* di essere cittadino italiano,
* di essere cittadino di uno stato appartenente all’Unione Europea (precisare )
* di essere cittadino di altro Stato NON appartenente all’Unione Europea (precisare ) o apolide in possesso di titolo di soggiorno in corso di validità ovvero copia della ricevuta di rinnovo, emessa entro 60 giorni dalla data di scadenza del permesso stesso;
* di essere residente nel Comune di Pomarance;
* di avere una Situazione Economica del nucleo familiare certificata da attestazione ISEE in corso di validità pari ad € ;

ovvero

* di essere in possesso di ricevuta rilasciata dal CAF che certifica la richiesta di attestazione del nuovo ISEE protocollo n. ;
* che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapporto con il Richiedente (1) | Cognome | Nome | Data di nascita | Percentuale di invalidità (2) |
| RICHIEDENTE |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Indicare:

1. : **C** coniuge, **F** figlio, **A** altro componente nel nucleo familiare
2. : qualora venga indicata la percentuale di invalidità è necessario allegare la certificazione rilasciata dall'organo competente.
* di avere usufruito nell’anno 2023 della seguente fonte di riscaldamento ;
* di essere intestatario dell’utenza domestica relativa all’abitazione di residenza, codice cliente (richiamato nelle fatture rilasciate dal gestore);
* che il costo per l’anno 2023 sostenuto per il riscaldamento è stato pari a € , come da fatture riferite all’anno 2023 rilasciate dal gestore del teleriscaldamento oppure dal gestore del gas, dal fornitore di gasolio, di legna, pellet ecc.;

ovvero

* di far parte dell’utenza condominiale/aggregata collocata in Via

 numero cliente ;

* che il costo per l’anno 2023 del riscaldamento domestico condominiale/aggregato, per la quota di propria competenza, è stato pari a € \_(come da allegata dichiarazione rilasciata all’amministratore di condominio o figura con funzioni analoghe);

Il richiedente dichiara altresì di avere preso visione dell’Avviso, di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione od uso di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000;

Il richiedente è consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrà dai benefici ottenuti e i dati raccolti potranno essere inviati alla Guardia di Finanza e alle altre autorità competenti per controlli e sanzioni.

Il richiedente è a conoscenza che qualsiasi variazione delle situazioni dichiarate comporta l’obbligo della segnalazione e, a tal fine, si impegna a darne tempestiva comunicazione al competente ufficio.

Il richiedente è consapevole altresì che l’erogazione del contributo richiesto è subordinata al trasferimento al Comune di Pomarance delle risorse regionali destinate alla misura.

Il richiedente è altresì a conoscenza che:

* l’Amministrazione Comunale sottoporrà le dichiarazioni presentate a controlli e verifiche.

-il conferimento dei dati richiesti nella domanda è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l’esclusione dal bando.

-i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del regolamento UE 2016/679 e il d.lgs. n.101/2018 esclusivamente ai fini della gestione della procedura di selezione.

-il Titolare del Trattamento dei dati, ai sensi della normativa è il Comune di Pomarance.

-il Responsabile del Trattamento dei dati è il Direttore del Settore Affari Generali.

## ALLEGA:

□ copia fronte/retro del documento d’identità e per i cittadini extra-comunitari anche copia fronte/retro del permesso di soggiorno in corso di validità ovvero copia della ricevuta di rinnovo, emessa entro 60 giorni dalla data di scadenza del permesso stesso;

* + copia delle ricevute di pagamento di fatture intestate al richiedente rilasciate dal gestore del teleriscaldamento, del gas, dal fornitore di gasolio, legna, pellet ecc., relative all’anno 2023;
	+ copia del codice IBAN del conto corrente bancario o postale su cui dovrà essere effettuato il versamento del contributo eventualmente spettante;

## N.B.

I richiedenti che usufruiscono di una utenza condominiale/aggregata dovranno allegare la dichiarazione rilasciata dall’Amministratore di condominio o analoga figura e copia del documento di identità dello stesso, attestante la quota dei consumi di competenza del richiedente per l'anno 2023 e l'avvenuto pagamento di tale quota, ovvero il nominativo di chi ha effettuato il pagamento;

I richiedenti nel cui nucleo è presente un soggetto con invalidità/disabilità alla data di pubblicazione del bando, al fine dell’attribuzione di punteggio aggiuntivo dovranno allegare copia del certificato di invalidità/disabilità del componente.

Il Sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Pomarance, Firma