

Al Comune Di Galatone
5° Settore – Servizio Welfare
73044 Galatone (LE)

OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A FAMIGLIE IN CUI UNO O PIÙ COMPONENTI PRESENTINO UNA CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE O DI MALATTIA GRAVE ACCERTATA DA DESTINARE PER LA RIPRESA DELLA SOCIALITÀ NELLA FASE POST EMERGENZIALE.

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov _____ il _____

C.F. _____ residente nel Comune di _____

Prov. _____ Via _____ n _____

recapito telefonico _____ pec/mail _____

CHIEDE

di poter ottenere il contributo di cui all'Avviso in oggetto e al tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e amministrative in caso di dichiarazione mendace e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 75 e 76 del citato D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Galatone;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Rapporto di parentela con il richiedente

- che il sottoscritto o uno o più dei suddetti componenti presenta una condizione di handicap grave comprovata dal **verbale attestante il riconoscimento delle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 oppure** una condizione di grave malattia che deve essere comprovata attraverso certificato medico, recante una data non anteriore al 31 dicembre 2021, attestante la patologia grave o rara, rientrante tra quelle di cui al decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992 s.m.i., nel decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute del 2 agosto 2007 s.m.i. e nell'Allegato 1 del decreto del Ministero della Sanità del 18 maggio 2001 s.m.i. **(Il predetto certificato può essere rilasciato anche dal proprio medico di medicina generale);**

- che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare è **inferiore ad € 20.000,00.**

