

B. di possedere i seguenti requisiti alla data di presentazione della domanda:

- 1- essere residente nel Comune di Castel San Pietro Terme
- 2- essere cittadino italiano o di uno stato dell'Unione Europea
oppure
- avere la cittadinanza di uno Stato non appartenente all'Unione Europea ed in possesso di:
- permesso di soggiorno rilasciato il _____ e con scadenza il _____
 - permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato il _____ e con scadenza illimitata
 - carta di soggiorno rilasciato il _____ e con scadenza il _____
 - permesso di soggiorno scaduto, con richiesta di rinnovo alla Questura in data _____ (in tale caso la domanda risulta sospesa fino all'ottenimento nuovo permesso valido ed il contributo verrà concesso solo se lo si ottiene **entro il 15.01.2019** e ne viene data opportuna comunicazione all'ASP Circondario Imolese **entro il 21.01.2019**)
- 3- il sottoscritto opp. il componente del nucleo familiare (nome cognome) _____
sono / è titolare di un'obbligazione tributaria TARI per l'immobile sito nel Comune di Castel San Pietro Terme adibito ad **abitazione principale**¹, con codice cliente n° _____
- 4- di **essere in regola**, alla data odierna, con il pagamento della TARI relativa all'anno 2017, effettuato attraverso i seguenti pagamenti:

Rif. pagamenti	Importo pagato relativo alla TARI 2017	Note
1° acconto TARI 2017 scadenza pagamento 30/6/2017	è necessario escludere dalla cifra versata il conguaglio sulla TARI 2016 (sia in caso di debito che di accredito)
2° acconto TARI 2017 scadenza pagamento 30/9/2017	
Saldo TARI 2017 scadenza pagamento 30/11/2017	
Conguaglio TARI 2017 scadenza pagamento 30/6/2018 (unico pagamento con 1° acconto TARI 2018)	è necessario indicare esclusivamente la cifra versata relativa al conguaglio sulla TARI 2017 (sia in caso di debito che di accredito)

¹ **abitazione principale:** si intende l'unità immobiliare nella quale il possessore (proprietario o titolare di altro diritto reale) o il detentore (affittuario) e relativo nucleo familiare dimorano abitualmente e risiedono anagraficamente.

5- **di avere un’Attestazione ISE/ISEE 2018, aggiornata** alle condizioni economiche, sociali e anagrafiche del nucleo familiare alla data di presentazione della domanda e con redditi relativi all’anno 2016, **con un valore ISEE non superiore o uguale a € 17.000,00:**

- valore ISEE
- protocollo INPS-ISEE 2018-..... data

**DICHIARA ALTRESÌ:
che in caso di concessione del contributo:**

- POSSIEDO UN CONTRO CORRENTE A ME INTESTATO**, pertanto, in caso di concessione del contributo, chiedo che lo stesso venga versato mediante **BONIFICO** presso l’Istituto bancario/postale _____ sul conto corrente intestato al sottoscritto
il cui codice IBAN è:

IBAN																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- CHE NON POSSIEDO ALCUN CONTRO CORRENTE a me intestato**, pertanto, in caso di concessione del contributo, **AUTORIZZO** l’Amministrazione comunale ad accreditare sul conto corrente di un’altra persona di seguito indicata e con la presente espressamente delegata a ciò, e che la stessa è

- componente del nucleo familiare esterna al nucleo familiare -

cognome nome _____

nato a _____ il _____

CF _____

residente a Castel S. Pietro T. in Via/Piazza _____ n° _____

Il codice IBAN della persona delegata sul quale autorizzo l’Amministrazione all’accredito del contributo a me concesso è:

IBAN																					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(per importi inferiori a 1000,00 € l’accredito non comporta spese bancarie)

N.B.: in caso il contributo da erogare sia uguale o superiore a 1000,00 €, ai sensi della L. 214/2011 (legge relativa all’antiriciclaggio e tracciabilità dei pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni) dovrà essere obbligatoriamente comunicato un codice IBAN per l’erogazione del contributo stesso.

- Di provvedere personalmente** alla riscossione presso la Tesoreria del Comune di Castel San Pietro Terme
- Di delegare** alla riscossione presso la Tesoreria del Comune di Castel San Pietro Terme il/la Sig./ra nato/a a il C.F. residente a in via n° rec. telefonico

DICHIARO INFINE:

- che quanto espresso nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi della L.445 del 2000;
- di essere a conoscenza che, poiché viene richiesta con la presente l'erogazione di una prestazione sociale agevolata, l'ASP Circondario Imolese, l'Amministrazione comunale ed eventualmente la Guardia di Finanza potranno eseguire controlli formali di veridicità e residuali diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite nella presente richiesta, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, dell'art. 15 della L. 183/2011, dal DPCM 159/2013 e ss.ii.mm. nonché dalla normativa comunale relativa all'ISEE (Regolamento ISEE di cui alla deliberazione C.C. n° 16/2013, deliberazione GC n° 55 del 26/03/2015 e deliberazione GC n° 86 del 01.06.2016), previa comunicazione all'interessato dell'avvio del procedimento di controllo come previsto dagli artt. 7-8 L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni.
- di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese **emerga la non veridicità** o la reticenza del contenuto della dichiarazione, **conseguirà la decadenza dai benefici eventualmente acquisiti** ai sensi del provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere;
- di impegnarmi a **comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga relativamente alla situazione anagrafica o di modalità di riscossione del contributo**, da me dichiarati nella presente domanda;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per la finalità connesse allo svolgimento del procedimento e nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di tutela della riservatezza delle persone. La sottoscrizione e presentazione della presente istanza equivale ad autorizzazione al **trattamento dei dati personali** forniti e che il rifiuto al trattamento degli stessi non consentirà di accedere al regime di contribuzione.

AUTORIZZA

L'Amministrazione comunale fin da ora ad avviare la procedura di compensazione del contributo in caso di eventuali situazioni debitorie, come previsto nel punto G) 5 dell'avviso pubblico:

“Nel caso in cui risultino debiti/insoluti, da parte di un componente del nucleo familiare richiedente il contributo di cui al presente bando, nei confronti dell'Amministrazione comunale per altri servizi fruiti (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: nido, trasporto scolastico, trasporto anziani e disabili, orti, ...) alla data dell'uscita della graduatoria provvisoria, e non sanati entro 15 giorni dalla stessa, il contributo sarà trattenuto, totalmente o per la parte di valore del debito, dall'Amministrazione comunale a compensazione della totale o parziale quota del debito maturato nei confronti dell'Amministrazione comunale stessa. Il richiedente il presente contributo autorizza fin da ora l'Amministrazione a tale procedura di compensazione”

In caso di compilazione assistita da parte dell'ASP Circondario Imolese,

ESONERA

gli operatori addetti all'assistenza nella compilazione delle domande da ogni tipo di responsabilità per la non corrispondenza, non veridicità o incompletezza dei dati riportati nella domanda di partecipazione al presente avviso.

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA PRESENTE DOMANDA A PENA DI ESCLUSIONE :

1. copia di un **documento di identità** in corso di validità del sottoscrittore;
2. **solo per cittadini extracomunitari**: copia **permesso di soggiorno** in corso validità (se scaduto, copia ricevuta con cui è stato richiesto il rinnovo dello stesso)
3. in caso di delega: copia di un **documento di identità** in corso di validità del delegato alla presentazione della domanda.

DELEGA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Io sottoscritto, (nome e cognome) _____

DELEGO il/la sig./ra _____

documento di identità n° _____ rec. tel. _____

a presentare la domanda di contributo per sostegno al reddito al fine di contrastare il maggior carico fiscale derivante dall'applicazione della TARI anno 2016, per conto mio

Firma del richiedente

***** **A CURA DEL FUNZIONARIO DELLO SPORTELLO** *****

Il funzionario incaricato attesta che la dichiarazione è stata presentata da:

il richiedente il delegato del richiedente

e che ha riconosciuto l'autenticità della firma del richiedente mediante il documento di identità, la cui copia fotostatica è allegata alla presente istanza.