

**Oggetto: Emergenza Covid19 – Misure di sostegno alle famiglie disagiate per esame molecolare –** come da Deliberazione della **Giunta Comunale n. .... del .....**

***Domanda per la concessione di contributo economico per spese relative a tampone molecolare***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Corsi, alla  
 Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_, in riferimento all'avviso pubblico di cui all'oggetto,

**CHIEDE**

la concessione di un contributo economico per effettuare tampone molecolare.

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti;

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di Corsi;
- **che il proprio nucleo familiare:**
  - a) **ha percepito** nel mese di novembre 2020 **un reddito\*** complessivo (considerato in base al criterio di cassa e riveniente da qualsiasi fonte) pari ad € \_\_\_\_\_;
  - b) **possiede un patrimonio\* finanziario** (costituito da depositi di conto corrente/bancario/postale e di qualsiasi altra specie) pari ad € \_\_\_\_\_;
- che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è composto dalle seguenti persone

N.	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

\* **Per reddito** si intende qualsiasi tipologia di reddito compresi anche: il RdC, Red, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione, pensioni, considerato in base al criterio di cassa

\*\***Per Patrimonio finanziario** si intende qualsiasi risorsa finanziaria costituita da depositi di conto corrente/bancario/postale e di qualsiasi altra specie

**DICHIARA altresì**

- a) di aver preso visione e di accettare quanto stabilito nell'Avviso di cui all'oggetto;
- b) di procedere all'esame molecolare prescritto dal proprio medico di base, presso uno dei laboratori privati accreditati della "Rete Covid" in provincia di Lecce;
- c) di essere consapevole, ai sensi dell'art. 71 del DPR. 445/2000, che quanto dichiarato può essere sottoposto a controlli, per accertare la veridicità delle dichiarazioni rese;

- d) di essere consapevole, altresì, che - ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e le denunce alle Autorità competenti, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici conseguiti.
- e) che, in caso di accoglimento della domanda, il conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, sul quale dovranno essere disposti i pagamenti effettuati dall'Ente è il seguente:

Banca: \_\_\_\_\_

Poste Italiane Spa - Agenzia/Filiale: \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

Iban: \_\_\_\_\_

**Allega alla presente domanda:**

- Copia della prescrizione medica
- Copia fotostatica del proprio documento d'identità in corso di validità.

Si riserva, se in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso di ché trattasi, di presentare al Comune di Corsi relativa fattura/ricevuta di pagamento, per l'ottenimento del rimborso spettante.

**Si specifica che la presente autocertificazione va compilata con tutti i dati richiesti a pena di esclusione.**

Corsi, .....

Firma \_\_\_\_\_