

AL COMUNE DI TRADATE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
Da consegnare presso l'ufficio protocollo
protocollo@comune.tradate.va.it

**BANDO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI OVER
90 RESIDENTI A TRADATE**

DOMANDA PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO ECONOMICO

SCADENZA 07.01.2026 ALLE ORE 12.00

Il sottoscritto _____,
nato a _____ (Prov. _____) il _____,
codice fiscale _____,
residente in Via/Piazza _____ n. _____,
Comune di _____ recapito telefonico _____,
e-mail _____

In qualità di:

- Soggetto interessato
- Familiare (specificare il grado di parentela) _____
- Rappresentante legale come da decreto allegato _____

con riferimento ai contenuti del bando in oggetto

CHIEDE

A favore dello/a stesso/a oppure
oppure

A favore del/la Signor/a _____ Sesso M F

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di Tradate CAP 21049 Prov. Di Varese

Di poter accedere al contributo per Prestazioni assistenziali svolte per n. _____ mesi (max 12 mesi);

DICHIARA

Consapevole ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e ai sensi degli artt. 75 e 77 delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

- che il beneficiario è in possesso di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento e/o portatori di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3 co 3;
- che il beneficiario è residente a Tradate al momento di presentazione dell'istanza;
- che il beneficiario era residente a Tradate nel periodo per il quale si richiede il contributo;
- i avere una dichiarazione ISEE 2025 pari a € _____;
- che il beneficiario non abbia beneficiato di altro sostegno economico o prestazione assistenziale erogata dal Servizio Sociale Comunale e/o dall'Ufficio di Piano di Tradate nell'anno 2025;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 71, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti e ciò comporterà la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
- di rendersi disponibile a trasmettere all'ufficio servizi sociali la documentazione attestante le dichiarazioni rese;
- che qualora la presente richiesta venga accolta, il Comune di Tradate provvederà a liquidare l'importo riconosciuto sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

IBAN _____

BANCA _____

AGENZIA _____

INTESTATO A _____

(il conto corrente deve essere intestato all'anziano beneficiario del contributo)

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, reperibile presso la sede del Titolare oppure sul sito internet del Titolare (www.comune.tradate.va.it), all'interno della sezione Amministrazione – Aree Amministrative – Settore Servizi Sociali;

(il conto corrente deve essere intestato all'anziano beneficiario del contributo)

Data, _____

Firma

Allegati:

Carta d'identità del richiedente e del beneficiario

Copia delle ricevute di pagamento/certificazioni di pagamento

Certificazione di invalidità con accompagnamento o/e certificazione ai sensi della legge 104/92