

cittadinanza _____	telefono _____	e-mail/PEC _____
--------------------	----------------	------------------

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

A) SEZIONE NUCLEO FAMILIARE DA VALUTARE ⁽¹⁾

che il nucleo familiare del soggetto che presenta domanda di contributo al momento dell'incidente è composto dai seguenti componenti che hanno presentato una dichiarazione ICERF per l'anno _____:

(1) E' necessario indicare tutti i componenti del nucleo familiare **anagrafico** applicando le eccezioni previste dalla DGP n. 1345 del 01/07/2013

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela rispetto al soggetto di riferimento	Studente ⁽²⁾	Dichiarazione ICERF n.	Presentata a, il
	__/__/__		<input type="checkbox"/>		_____/_____/____
	__/__/__		<input type="checkbox"/>		_____/_____/____
	__/__/__		<input type="checkbox"/>		_____/_____/____
	__/__/__		<input type="checkbox"/>		_____/_____/____

e dai seguenti componenti che nell'anno _____ non hanno avuto redditi e non possedevano patrimonio finanziario, immobiliare e autoveicoli con l'eccezione di un eventuale patrimonio finanziario non superiore a 5.000 Euro e/o di eventuali terreni agricoli con redditi dominicali complessivi non superiori a 50 Euro:

Cognome Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela rispetto al soggetto di riferimento	Studente ⁽²⁾	Dom. ICERF
	__/__/__			<input type="checkbox"/>	
	__/__/__			<input type="checkbox"/>	
	__/__/__			<input type="checkbox"/>	
	__/__/__			<input type="checkbox"/>	

(2) Può essere indicato come 'studente' ogni componente del nucleo familiare di età inferiore a 25 anni (fiscalmente a carico) e iscritto alla scuola elementare, media, superiore, università, master, dottorato...)

- (in presenza di figli minori o equiparati), che entrambi i genitori hanno svolto nell'anno _____ attività di lavoro dipendente e assimilato o autonomo o di impresa per almeno sei mesi;
- (in presenza di figli minori o equiparati), che alla data di presentazione della domanda il richiedente risiede con almeno un figlio minore o equiparato in assenza del coniuge/convivente;
- che sono presenti n. _____ componenti di sesso femminile che hanno svolto nell'anno _____ attività lavorativa per dodici mesi;
- che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti non autosufficienti:

ID invalido	Classe di non autosufficienza al 31/12/_____ ⁽³⁾	Spese per la non autosufficienza sostenute nell'anno _____



DICHIARA INFINE

di aver compilato una domanda costituita da _____ pagine, identificata da:

PROTOCOLLO ICEF N.

CODICE DI CONTROLLO

per la quale ha rilasciato delega di assistenza al Patronato _____ che allega.

il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE)2016/679) approvata con determinazione del Dirigente dell'Agencia per la previdenza e assistenza integrativa n. 1954 di data 31/10/2019, e pubblicata sul sito dell'Agencia provinciale per l'assistenza e previdenza integrativa www.apapi.provincia.tn.it/privacy

(luogo)

(data sottoscrizione)

* * * * *

(firma)



Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare il nome del dipendente addetto)
- consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____
il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____ (data)

_____ (timbro dell'ufficio e firma)

Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____

il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il sig./ra _____
_____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ (data)

_____ (timbro dell'ufficio e firma)

Divieto delle "revolving doors" – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

DOMANDA

DELL'ENTE

Io sottoscritto/a

addetto/a all'ufficio

attesto che

è stata presentata la domanda per la concessione dell'assegno unico provinciale da parte del/la Sig./ra _____
_____ costituita da _____ pagine identificate da:

PROTOCOLLO ICEF N.

CODICE DI CONTROLLO

per la quale ha rilasciato delega al Patronato _____ allegata alla domanda.

Inoltre, dichiaro

di aver consegnato L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per l'assistenza e previdenza integrativa, e pubblicata sul sito dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e previdenza integrativa www.apapi.provincia.tn.it/privacy.

_____ (luogo)

_____ (data)

_____ (timbro dell'ente e firma dell'addetto)



