



CITTÀ DI CARIGNANO

C.A.P. 10041

PROVINCIA DI TORINO

P. IVA 05215150011
Cod. Fisc. 84515520017

Prot. N.

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI INDIGENZA

Il/La Sign.e/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in Carignano, Via _____ n. _____

tel. _____

CHIEDE

Il riconoscimento dello stato di indigenza per l'esonazione dalla partecipazione alla spesa sanitaria

_____ per se stesso

_____ per sé e i familiari di seguito indicati

DICHIARA INOLTRE CHE IL SOTTOSCRITTO E I COMPONENTI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE NON SONO PROPRIETARI O INTESTATARI DI CONTRATTO LEASING DI UNO O PIU' DEI SEGUENTI BENI MOBILI:

- autoveicoli con potenza espressa in KW superiore a 85 e con immatricolazione inferiore a 5 anni;
- autoveicoli con potenza espressa in KW pari o superiore a 110 a prescindere dall'anno di immatricolazione;
- motociclette con potenza espressa in KW superiore a 15 e con immatricolazione inferiore a 5 anni;
- camper con immatricolazione inferiore a 10 anni;
- imbarcazioni iscritte al Pubblico Nautico;

Allega:

- 1) Attestazione INPS – ISEE
- 2)

A tal fine,

consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della possibilità che, nel caso di erogazione del suddetto beneficio, potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali forniti con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze, nonché del fatto che, in caso di false dichiarazioni, l'Amministrazione concedente provvederà alla segnalazione d'ufficio all'Autorità Giudiziaria per le sanzioni penali, alla revoca dei benefici concessi ed al recupero della quota parte dei benefici economici indebitamente ricevuti dal dichiarante

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che le dichiarazioni date nel presente modello sono conformi al vero.

Il sottoscritto si impegna inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta, a segnalare entro 10 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, dei redditi documentati, dichiarati e di quanto altro dichiarato nella stessa.

Il sottoscritto è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false
(art. 76, DPR 445 28/12/00)

Carignano, lì

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto _____ funzionario incaricato a norma dell'articolo 21, DPR 445 28/12/00, attesta che la firma in calce alla domanda la cui identità personale è stata accertata a mezzo:

Carignano, lì

IL FUNZIONARIO INCARICATO