



**Comune di Rimini**

Direzione servizi di comunità  
U.O. servizi amm.vi – area sociale

Via Ducale, 7 - 47900 Rimini  
tel. 0541 704689 fax 0541 704606  
www.comune.rimini.it  
c.f.-p.iva 00304260409

**Ufficio Bandi**

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI SUSSIDI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON UN NUMERO DI FIGLI PARI O SUPERIORE A QUATTRO – COMPETENZA ANNO 2023**  
(Verbale del Comitato di Distretto del 06/10/2020 - DD n 1106 del 21/05/2024)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000:

- che il proprio nucleo familiare è così composto **con la presenza di almeno quattro figli fiscalmente in carico:**  
(NOTA: per figli fiscalmente a carico si intendono coloro i quali NON abbiano percepito “nel corso dell’anno precedente” un reddito complessivo superiore ad euro 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili se di età superiore ad anni 24, o un reddito complessivo superiore ad euro 4.000 se di età inferiore ad anni 24).

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

- di non essere stato sottoposto a provvedimenti di DECADENZA da altra P.A. negli ultimi 2 anni.

**CHIEDE**

Di potere ottenere il sussidio per l’anno 2023, previsto dall’Avviso pubblicato dall’Amministrazione Comunale di Rimini.

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sulla Privacy affissa all’ingresso dell’ufficio e/o pubblicata OnLine alla pagina web dedicata (art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Firma \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**COMUNICAZIONE DI AVVIO AL PROCEDIMENTO AI SENSI ART 7 L. 241/90**

Si informa che la presente vale anche quale avvio al procedimento per le verifiche di veridicità previste ai sensi del DPR 445/2000. Ai sensi dell’art. 8 L. 241/90 si comunica che:

- a) L’Amministrazione Competente è il Comune di Rimini;
- b) L’oggetto del procedimento è la verifica della DSU ai sensi del DPCM 59/2013 e del DPR 445/2000;
- c) L’ufficio Responsabile del Procedimento è – Ufficio Bandi e Isee del Servizio di Protezione sociale – via Ducale, 7 – Rimini;
- d) Il Responsabile del procedimento è il Dott. Stefano Spadazzi;
- e) Il procedimento si concluderà entro 90gg dal ricevimento della presente richiesta. L’eventuale richiesta di documentazione integrativa sospende i termini per la conclusione del procedimento;
- f) L’Ufficio presso il quale è possibile prendere visione degli atti è l’Ufficio Bandi e Isee - Servizio di Protezione Sociale del Comune di Rimini – via Ducale, 7 – Rimini

**SI RICORDA CHE**

**E’ fatto obbligo comunicare agli uffici, prima della emissione dei mandati di pagamento, eventuali modificazioni della persona individuata quale destinatario del beneficio (richiedente o delegato) e/o della modalità di pagamento richiesta alla presentazione della domanda.**

**OGGETTO: Procedura agevolata per l'emissione dei mandati**

Il/La sottoscritto/a titolare della domanda

**EVENTUALE DELEGA ALL'INCASSO**

*(riguarda i titolari della domanda che NON sono in possesso di uno degli strumenti di incasso di seguito elencati o che a causa di impedimenti fisici, non possono recarsi presso la Banca Unicredit per il ritiro delle somme)*

Il Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

che il pagamento delle somme dovute da Codesto Comune, siano effettuate con le modalità sottoindicate:

ACCREDITO SU C/C BANCARIO  
presso l'Istituto Bancario \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
IT      □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

ACCR. LIBRETTO DEPOSITO BANCARIO – (NO POSTALE ABI 07601 CAB 03384)  
IT      □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA BANCARIA/POSTALE (per la postale, solo Evolution)  
IT      □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

(Per le tre tipologie su riportate, l'addebito delle spese di incasso è a carico del beneficiario - Ai sensi art. 13 – comma 5 vigente Regolamento Contabilità Comunale).

PAGAMENTO DIRETTO PER CONTANTI PRESSO UNICREDIT BANCA  
**(IL RITIRO PER CONTANTI E' POSSIBILE SOLO NEI CONFRONTI DEL NOMINATIVO SU INDICATO)**

Intestataro della domanda o suo delegato

\_\_\_\_\_