

**Richiesta contributo a favore di mutilati, invalidi del lavoro ed audiolesi (ex Anmil)  
L.R. 1/2007, art. 4, commi da 22 a 25**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA**

**1° settembre di ogni anno**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ nata/o a  
\_\_\_\_\_ (Prov. o stato Estero \_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ residente a Sagrado in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali che si assume, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, per le finalità e gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000,

**CHIEDE**

che gli sia concesso il contributo ai sensi della L.R. 1/2007, art. 4, commi da 22 a 25, per il seguente intervento (barrare l'ipotesi che interessa):

- A)** assegno di incollocamento a favore di mutilati e invalidi del lavoro disoccupati con invalidità non inferiore al 34%, in tal caso:
- dichiara** di essere in stato di disoccupazione
- B)** contributo straordinario una tantum a favore di mutilati e invalidi del lavoro che intraprendono attività in proprio, in tal caso:
- dichiara** di essere in possesso della partita IVA n. \_\_\_\_\_
  - allega** certificato di iscrizione alla Camera di Commercio
- C)** contributo una tantum per spese scolastiche a favore di mutilati ed invalidi del lavoro studenti, in tal caso:
- dichiara** di essere attualmente studente presso (denominazione della Scuola/Università) \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
- D)** contributo una tantum per spese scolastiche a favore di figli studenti di mutilati ed invalidi del lavoro, in tal caso:

- dichiara** che il proprio figlio è attualmente studente presso (denominazione della Scuola/Università) \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
- E)** contributo straordinario a favore di mutilati ed invalidi del lavoro disoccupati, a tal fine:  
 **dichiara** di essere in stato di disoccupazione
- F)** assegno a favore di mutilati ed invalidi del lavoro ex titolari di assegno di incollocabilità ultra 65enni, a tal fine:  
 **dichiara** di aver percepito l'assegno di incollocabilità
- G)** contributi per soggiorni climatici a favore di mutilati ed invalidi del lavoro e/o disoccupati con invalidità non inferiore al 34% per un periodo non superiore a 15 giorni nel corso dell'anno, a tal fine:  
 **allega** prescrizione medica e ricevuta fiscale/fattura relativa al pagamento effettuato

### PRENDE ATTO

che le dichiarazioni riportate e la documentazione prodotta potranno essere sottoposte d'ufficio a verifiche e controlli, anche con l'ausilio di Autorità esterne all'ambito comunale, e che in caso di dichiarazioni mendaci si provvederà alla revoca del beneficio concesso e al contestuale recupero di quanto indebitamente percepito.

### CHIEDE

che il beneficio venga erogato secondo le seguenti modalità:

- riscossione diretta presso la Tesoreria comunale (solo per importi inferiori a € 1.000,00);  
 accredito bancario/postale codice IBAN (conto corrente intestato o cointestato al richiedente)

\_\_\_\_\_

La/il sottoscritta/o in applicazione del succitato DPR 445/2000, **dichiara**, inoltre, sotto la sua personale responsabilità di essere consapevole delle pene stabilite dagli articoli 483, 495 e 496 del codice penale per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati personali acquisiti si svolgerà nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

A tal fine si informa che i dati personali acquisiti con l'allegata dichiarazione sostitutiva:

a) devono essere forniti e sono finalizzati a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti di accesso al beneficio richiesto; il mancato conferimento dei dati richiesti può comportare la carenza di istruttoria e l'impossibilità di definire la domanda;

b) sono raccolti dagli enti competenti e trattati con strumenti informatici, per perseguire le suddette finalità;

c) verranno comunicati alla Regione Autonoma FVG, per l'erogazione del beneficio e potranno essere comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza, all'Autorità Giudiziaria e ad altri uffici comunali.

Il Comune al quale viene presentata la domanda, la dichiarazione o la certificazione è il titolare del trattamento dei dati. Presso il titolare del trattamento l'interessato potrà accedere ai propri dati personali per verificarne l'utilizzo o, eventualmente correggerli, aggiornarli nei limiti previsti dalla legge, ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione della legge.

Si informa che la presente istanza, e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà in essa contenute, deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto mediante l'esibizione di un documento di riconoscimento in corso di validità e non è soggetta ad autenticazione, ovvero può essere prodotta già sottoscritta unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido del sottoscrittore.

**Si comunica, altresì, che la presentazione della domanda costituisce informazione dell'avvio del procedimento, come previsto dall'art. 7 della L. 241/1990.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

#### **Allegati:**

- copia documento di identità;
- copia permesso di soggiorno, se cittadino extracomunitario;
- copia certificato di invalidità rilasciato dall'INAIL;
- certificato iscrizione Camera di Commercio (punto B);
- prescrizione medica e ricevuta fiscale/fattura (punto G).