

Modulo per la richiesta di contributo

per il sostegno al pagamento delle utenze domestiche e delle spese sanitarie in favore di
residenti di Salò in condizioni di indigenza

ai sensi dell'art. 3, comma 7 della legge n. 136/2010

Spettabile Comune di Salò
Lungolago Zanardelli 55
25087 Salò (BS)

Oggetto: richiesta di contributo a sostegno del pagamento di utenze e spese sanitarie – bando 2026

Il/la sottoscritto/a

*Nome**

*Cognome**

*Codice fiscale**

*nato/a il**

*a**

*provincia**

*email**

*contatto telefonico**

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 relativi ai pagamenti corrispondenti alle varie fasi di esecuzione dell'affidamento della commesse pubbliche

DICHIARA

ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 come modificato dalla legge n. 217/2010 di conversione del decreto legge n. 187/2010;
ai sensi dell'articolo 6 della stessa legge n. 136/2010 in tema di sanzioni;
ai sensi dell'6 del suddetto decreto legge n. 187/2010 convertito con legge n. 217/2010 che contiene la disciplina transitoria e alcune norme interpretative e di attuazione del predetto articolo 3;
al momento di presentazione della presente domanda:

- ☐ di essere residente nel Comune di Salò da almeno 12 mesi alla data di presentazione della domanda;

- ☐ di avere un ISEE ordinario o corrente in corso di validità 2026 non superiore a 15.000,00 €
- ☐ di essere cittadino italiano o in possesso di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o un permesso di soggiorno di durata almeno biennale in corso di validità;

DICHIARA inoltre

- ☐ di avere un ISEE ordinario o corrente in corso di validità di _____ €;
- ☐ che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da un totale di _____ persone di cui _____ persone con disabilità (legge 104 art. 13 comma 1 o 3);

SI ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA

- copia del documento di identità del dichiarante
- per le utenze: copia o originale dei bollettini e copia o originale dei rispettivi pagamenti come previsto dal bando;
- per le spese sanitarie copia o originale delle ricette mediche intestate al beneficiario o ad un membro del nucleo familiare e copia o originale dello scontrino o ricevuta di pagamento corrispondente (in caso di farmaci) o ricevuta fiscale comprovante il pagamento (per visite, esami o cure) come previsto dal bando;

Luogo e data

Cognome e Nome

(Sottoscrizione digitale)