

All'Unione Montana dei Monti Azzurri

**Ente Capofila ATS 16
Ufficio Servizi Sociali
Via Trento e Trieste SNC
62026 San Ginesio (MC)
Tel. 0733/656336
PEC: montiazzurri@pec.it**

OGGETTO: Domanda di ammissione ai benefici economici a sostegno della famiglia – Annualità 2026 (L.R. n. 8/2025 – DGR n. 923/2026)

La/Il sottoscritto/a:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a: _____ Il: _____ / _____ / _____

Stato di nascita: _____

Residente a: _____ Prov: _____

Indirizzo (Via / Piazza / Frazione): _____ N° _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo email: _____

DICHIARA

Che l'ISEE ordinario/corrente in corso di validità ha un valore di € _____

CHIEDE

di accedere al beneficio economico previsto per l'annualità 2026, optando per una sola delle seguenti misure di intervento (**barrare UNA SOLA casella**):

- ☐ **MISURA A – Interventi a sostegno della natalità e della prima infanzia (Spese di cura e accoglienza nuovi nati e/o abbattimento delle rette degli asili nido).**

- ☐ **MISURA B – Interventi a favore delle famiglie numerose attraverso la riduzione delle tariffe dei servizi comunali.**
- ☐ **MISURA C – Interventi a favore delle famiglie in difficoltà economiche.**

DICHIARAZIONI SPECIFICHE PER I RICHIEDENTI DELLA MISURA A

(Da compilare SOLO se è stata barrata la casella della MISURA A)

Il/La sottoscritto/a, ai fini dell'ammissione alla graduatoria della Misura A
(NB: è possibile selezionare anche entrambe le opzioni qualora coesistano i requisiti)

DICHIARA

- ☐ Che nel nucleo familiare è presente almeno un bambino di età compresa tra 0 e 3 anni.
- ☐ Che nel nucleo familiare è presente un minore con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992, allego certificazione.

Nido Frequentato _____

Periodo di frequenza _____

Spesa complessiva sostenuta per il nido nell'anno educativo 2025/2026: € _____

INOLTRE DICHIARA

(Selezionare una sola opzione):

- ☐ Di **NON** aver richiesto o percepito alcun rimborso o sussidio pubblico (es. Bonus Asilo Nido INPS) per le rette di frequenza dell'asilo nido indicate nella presente istanza.
- ☐ Di aver richiesto o già percepito contributi per la frequenza dell'asilo nido, impegnandosi a produrre la documentazione ufficiale dell'ente erogatore ovvero a compilare lo specifico Modello 1 posto in calce alla presente domanda.

DICHIARAZIONI SPECIFICHE PER I RICHIEDENTI DELLA MISURA B

(Da compilare SOLO se è stata barrata la casella della MISURA B)

Il/La sottoscritto/a, ai fini dell'ammissione alle graduatorie delle misure B

DICHIARA

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è composto da un numero di figli conviventi pari a _____, così come dettagliato nella dichiarazione sostitutiva dello Stato di Famiglia posta in calce alla presente domanda;
- ☐ Di impegnarsi a compilare lo specifico Modello 2, posto in calce alla presente domanda, attestante il rispetto dei requisiti di età e i limiti di reddito individuale previsti per ciascun figlio inserito nel computo.

Spesa complessiva sostenuta nell'anno 2025/2026: € _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE PER I RICHIEDENTI DELLA MISURA C

(Da compilare SOLO se è stata barrata la casella della MISURA C)

Il/La sottoscritto/a, ai fini dell'ammissione alle graduatorie delle misure C

DICHIARA

☐ Il nucleo familiare comprende figli e presenta un ISEE inferiore a € 25.000.

Tipologia di spesa:

☐ attività sportive ☐ materiale didattico

Spesa complessiva sostenuta nell'anno 2025/2026: € _____

☐ Ho beneficiato del contributo ricevuto dalla Regione Marche con DDS n. 251/IISP del 03/10/2025 e/o del contributo ricevuto con DDS n. 49/IISP del 01/04/2026 e allego il relativo Modello 3 concernente gli importi percepiti.



IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALTRESÌ DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'erogazione di contributi a sostegno della famiglia (L.R. n. 8/2025) – Annualità 2026 e di conoscere, nonché accettare tutte le prescrizioni, i vincoli e le cause di esclusione in esso contenute;
- Di essere pienamente consapevole che gli interventi previsti sono realizzati dall'Ente nei limiti e fino a esaurimento delle effettive risorse finanziarie trasferite a tale scopo dalla Regione Marche e dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Unione Montana dei Monti Azzurri eventuali variazioni rispetto alle condizioni dichiarate nella presente istanza che possano influire sul diritto o sull'erogazione del contributo;
- Di essere a conoscenza che l'Unione Montana dei Monti Azzurri effettuerà i dovuti controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella presente domanda, ricorrendo ai competenti Uffici del Comando Provinciale della Guardia di Finanza nonché presso i competenti Uffici Comunali per gli accertamenti di competenza. Qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni o dei giustificativi allegati, il dichiarante decadrà immediatamente dai benefici eventualmente concessi, con conseguente obbligo di restituzione delle somme percepite maggiorate degli interessi legali, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci;
- Di impegnarsi a fornire ogni ulteriore documentazione o chiarimento ritenuto utile dall'Ambito Territoriale Sociale 16 per la corretta istruttoria della domanda;
- Informativa e Consenso Privacy (GDPR): Di essere informato ed autorizzare, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), l'acquisizione, la raccolta e il trattamento dei propri dati personali da parte dell'Ente e dell'ATS 16, esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento amministrativo e all'erogazione della misura economica richiesta con la presente istanza.

Luogo e data

Firma del richiedente

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (A pena di esclusione immediata):

1. Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
2. Attestazione ISEE (ordinario o corrente) in corso di validità;
3. Fotografia o stampa leggibile della documentazione bancaria/postale da cui risulti chiaramente il codice IBAN e l'intestazione/cointestazione al richiedente (se non compilato nel riquadro precedente);
4. Per i richiedenti della MISURA A (Asilo Nido): Giustificativi di spesa (fatture/ricevute) unitamente alla documentazione ufficiale rilasciata dall'ente erogatore relativa ai contributi già eventualmente percepiti ovvero compilazione del MODELLO 1, eventuale documentazione attestante la disabilità di uno dei minori presenti nel nucleo familiare;
5. Per i richiedenti della MISURA B (Tariffe Comunali): Documentazione giustificativa delle spese effettivamente sostenute (fatture, scontrini parlanti o quietanze sportive) e MODELLO 2;
6. Per i richiedenti della MISURA C (Sport e materiale didattico) Documentazione giustificativa delle spese effettivamente sostenute (fatture, scontrini parlanti) e MODELLO 3;
7. MODELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA (per tutti i richiedenti).

MODELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA

Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a in vianr/..... Int.
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).
Altresì dichiara di essere informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

D I C H I A R A

che la famiglia è composta come risulta dal seguente prospetto;

<i>n r.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Codice fiscale</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>
1	<i>Dati del richiedente</i>				
2					
3					
4					
5					
6					
7					

La/Il dichiarante

Data e luogo, _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

MODELLO 1 – AUTOCERTIFICAZIONE ALTRI CONTRIBUTI
Dichiarazioni Sostitutive di Atto di Notorietà
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a in vianr/..... Int.
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Altresì dichiara di essere informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

In relazione alla domanda di ammissione ai contributi per la **MISURA A** (Interventi a sostegno della natalità e della prima infanzia) per l'anno 2026,

D I C H I A R A

(Selezionare obbligatoriamente le voci di interesse)

In merito alle spese per l'ASILO NIDO:

- ☐ di **NON aver ricevuto né richiesto** alcun rimborso o sussidio pubblico (compreso il "Bonus Asilo Nido INPS") per le rette inserite nella presente domanda;
- ☐ di **aver già ricevuto / richiesto** rimborsi pubblici (es. INPS/Comune) per le medesime rette per un importo complessivo pari ad € _____.

La/Il dichiarante

Data e luogo, _____

MODELLO 2 – AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI FIGLI (FAMIGLIE NUMEROSE)

Dichiarazioni Sostitutive di Atto di Notorietà

(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Altresì dichiara di essere informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

In relazione alla domanda di ammissione ai contributi per la misura destinata alle famiglie numerose **MISURA B** per l'anno 2026,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, che all'interno del proprio nucleo familiare (indicato nel precedente Modello dello Stato di Famiglia) sono presenti almeno tre figli che soddisfano contemporaneamente i seguenti requisiti:

- ☐ Hanno un'età inferiore o uguale a 24 anni alla data di presentazione della domanda di ammissione;
- ☐ **NON SONO PERCETTORI** di redditi individuali superiori a cinquemila euro lordi annui (€ 5.000) con riferimento all'anno solare 2025.

La/Il dichiarante

Data e luogo, _____

**MODELLO 3 – AUTOCERTIFICAZIONE CONTRIBUTI PER MATERIALE
DIDATTICO
(FAMIGLIE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA)
Dichiarazioni Sostitutive di Atto di Notorietà
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il ____/____/____,
residente a _____ in via/piazza _____,
C.F. _____, in qualità di richiedente del contributo
previsto dall'Avviso pubblico "Interventi a favore delle famiglie - L.R. 29 maggio 2025, n. 8 - Annualità
2026",
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in
caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici ai sensi dell'art. 75 del medesimo
D.P.R.,

D I C H I A R A

con riferimento alle spese di materiale didattico presentate ai fini della Misura C, ai fini della
determinazione della spesa ammissibile al netto degli eventuali contributi regionali ricevuti:

A) DDS n. 251/IISP del 03/10/2025 - "Fornitura gratuita o semigratuita dei libri di testo a.s. 2025/2026"

- ☐ di **NON** aver ricevuto il suddetto contributo.
- ☐ di aver ricevuto il suddetto contributo per un importo pari ad € _____.

B) DDS n. 49/IISP del 01/04/2026 - "Borse di studio in favore di studenti scuole secondarie II grado a.s. 2025/2026"

- ☐ di **NON** aver ricevuto il suddetto contributo.
- ☐ di aver ricevuto il suddetto contributo per un importo pari ad € _____.

Il/i contributo/i sopra indicato/i è/sono riferito/i al seguente figlio/studente:
Nome e cognome _____

*Il/La sottoscritto/a prende atto che, per l'acquisto di materiale didattico, la spesa ammissibile sarà determinata al netto
dell'eventuale contributo ricevuto dalla Regione Marche con DDS n. 251/IISP del 03/10/2025 e/o con DDS n. 49/IISP del
01/04/2026.*

Data e luogo _____

La/il dichiarante _____