

**RICHIESTA CONTRIBUTI MISURA "RADICI DI FUTURO
SOSTEGNO ALLA NATALITA' E ALLA GENITORIALITA' NEI PICCOLISSIMI COMUNI" DEL LAZIO**
(Ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 913 del 09/10/2025 e Det. R.L. N. G14299/2025).

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia (_____) il _____

Residente a Collevocchio (RI) Via _____

C.F.: _____ documento _____ nr _____

e/mail _____

cellulare _____

IBAN _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia (_____) il _____

Residente a Collevocchio (RI) Via _____

C.F.: _____ documento _____ nr _____

e/mail _____

cellulare _____

IBAN _____

Richiede/richiedono

Di essere ammesso/i ad accedere al contributo alla genitorialità per il minore:.....

Nato/a a _____ provincia (_____) il _____

A tale scopo dichiara/no **ai sensi dell'art. 45 e 46 del DPR 445/2000** che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Dichiara/Dichiarano

☐ di essere residente/i nel Comune di COLLEVECCHIO in Via _____

☐ Di avere cittadinanza italiana, dei Paesi dell'UE o titolarità di regolare permesso di soggiorno;

☐ di avere ISEE in corso di validità di euro.....;

☐ di non occupare abusivamente alloggi pubblici o privati;

- ☐ di attestare che i minori presenti nel nucleo familiare sono in regola con l'obbligo della frequenza scolastica;
- ☐ di essere in attesa della nascita di un figlio entro il 31/12/2025
- ☐ di autorizzare il Comune di Fiamignano al trattamento dei dati personali ai fini del presente procedimento
- ☐ di essere a conoscenza che nel caso di assegnazione del contributo, sono tenuti a ***mantenere a COLLEVECCHIO la residenza e la dimora abituale per i cinque anni successivi all'attribuzione del beneficio*** e di essere consapevole/i che il Comune di COLLEVECCHIO è tenuto ad effettuare le verifiche rispetto al requisito del mantenimento della residenza per i cinque anni successivi.
- ☐ di essere a conoscenza che in caso di accertato venir meno del requisito, si procederà alla revoca del beneficio e al recupero delle somme già erogate, dandone tempestiva comunicazione alla Regione Lazio;

Allega/allegano:

- ✓ ISEE ordinario o corrente del nucleo familiare in corso di validità, ai sensi della normativa vigente;
- ✓ documento di identità in corso di validità
- ✓ tessera sanitaria
- ✓ codice IBAN
se ricorre il caso allega/no inoltre
- ☐ regolare permesso di soggiorno (se proveniente da una Nazione non facente parte dell'UE)
- ☐ certificato data presunta parto (in caso di domanda presentata da futuri genitori);
- ☐ verbale della commissione medica che ha accertato la disabilità (se ricorre il caso in cui all'interno del nucleo familiare anagrafico è presente una persona con disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92)
- ☐ in caso di presenza di altri figli minori, attestazione frequenza scolastica

Collevecchio _____

IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I

IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I
