



Cognome e nome e Codice fiscale	Parentela (b)	Data e luogo di nascita	Condizione professionale (c)	Reddito complessivo lordo anno _____
_____	<b>Richiedente</b>	_____ _____		
_____		_____ _____		
_____		_____ _____		
_____		_____ _____		
_____		_____ _____		

b) Deve essere indicato il grado di parentela rispetto al richiedente (es. coniuge, convivente, figlio/a, fratello/sorella, madre/padre altro).

c) Es. lavoratore dipendente, lavoratore autonomo, libero professionista, imprenditore, pensionato, studente, non occupato.

**Ai fini della determinazione dei punteggi il/la sottoscritto/a DICHIARA di trovarsi, alla data di presentazione della domanda, nelle seguenti condizioni:**

- Famiglia monoreddito;
- Nucleo composto da 1 o 2 persone in età fino a 35 anni;
- Famiglia con \_\_\_\_\_ figli a carico
- Presenza nel nucleo familiare di persona, stabilmente convivente, con invalidità pari o superiore al 1'80% ( Da documentare mediante presentazione di apposita certificazione medica, rilasciata dalla Medicina Legale - Commissione invalidi civili).

**Allega alla presente i seguenti documenti:**

- copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità,
- copia fotostatica del codice fiscale,
- copia fotostatica di carta di soggiorno in corso di validità, nel caso di domanda presentata da cittadino extracomunitario è necessario presentare carta di soggiorno rilasciata ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 286/98 e s.m.i o permesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs.3/2007 o carta di soggiorno per familiare di cittadino Europeo ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs.30/2007 rilasciato dalla Questura;
- in caso di contratto a tempo determinato, copia del contratto di lavoro o dichiarazione del datore di lavoro relativa a posizione lavorativa avente un'eventuale data di scadenza non anteriore alla data di scadenza del prestito richiesto,
- copia dichiarazione fiscale del reddito familiare percepito o autocertificazione del reddito;

copia della certificazione di invalidità. (rilasciata dalla Medicina Legale - Commissione invalidi civili).

**Il sottoscritto dichiara infine:**

- di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per la compilazione del presente modulo, e di essere consapevole che l'inserimento in graduatoria ha valore esclusivamente rispetto alla priorità di effettuare la richiesta e non è vincolante rispetto alla concessione del Microcredito, che può essere autorizzato solo ed esclusivamente da Banca Etica, previa verifica della fattibilità economica e non sussistenza di situazioni di insolvenze;
- di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs 196/03, il Comune di Grugliasco e Banca Etica a trattare i propri dati personali, anche riferiti a condizioni di salute, per l'espletamento della procedura prevista dal bando;
- di essere disponibile a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

Grugliasco, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

La dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 D.P.R. 445/2000).

**Dichiarazione resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento fisico o analfabetismo** resa sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 4 comma 1, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>		
Attesto che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal Sig. _____		
_____ identificato previa esibizione di _____ n. _____		
Rilasciato il _____ da _____ <b>il quale mi ha altresì dichiarato di avere un impedimento a sottoscrivere.</b>		
_____ (luogo e data)	_____ (timbro)	_____ (firma del pubblico ufficiale)

- La presente dichiarazione è resa, nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di **impedimento temporaneo** per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante, ai sensi degli artt. 4 comma 2, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto **del soggetto incapace** da chi ne ha la rappresentanza legale, ai sensi degli artt. 5, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al dichiarante, contenuto nella suddetta dichiarazione è da ritenersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione stessa.

INDICARE I DATI ANGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO TEMPORANEAMENTE O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Indirizzo e numero civico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ai fini della tutela e della riservatezza dei dati personali, ai sensi del D.Lgs.196/2003, le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate esclusivamente a fini statistici dell'osservatorio e non saranno oggetto di divulgazione, se non in forma aggregata.