

ALLEGATOC alla Dgr n. 1488 del 18 settembre 2017**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI STRAORDINARI
A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON PARTI TRIGEMELLARI E DELLE FAMIGLIE CON NUMERO DI
FIGLI PARI O SUPERIORE A QUATTRO. ANNO 2017****GRADUATORIA FINALE DEL COMUNE**

Il/la sottoscritto/a _____, legale rappresentante del Comune di _____, Provincia _____

dichiara

- di aver ricevuto n° _____ domande di cui al "Programma di interventi economici straordinari a favore delle famiglie con parti trigemellari e delle famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro. Anno 2017", di cui n° _____ sono ritenute idonee;
- che presso la propria sede è conservata la documentazione attestante quanto sopra.

Le domande riguardanti famiglie con parti trigemellari sono state n° _____, di cui n° _____ sono ritenute idonee e di seguito elencate, in ordine di graduatoria:

| Codice domanda * | Valore ISEE in corso di validità | N° figli di età inferiore o uguale ai 26 anni | Disoccupazione di uno dei due genitori | Invalidità di uno o più componenti il nucleo familiare | Contributo richiesto |
|------------------|----------------------------------|---|--|--|----------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | € 900,00 |

... (aggiungere righe al bisogno)

Le domande riguardanti famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro sono state n° _____, di cui n° _____ sono ritenute idonee e di seguito elencate, in ordine di graduatoria:

| Codice domanda * | Valore ISEE in corso di validità | N° figli di età inferiore o uguale ai 26 anni | Disoccupazione di uno dei due genitori | Invalidità di uno o più componenti il nucleo familiare | Contributo richiesto ** |
|------------------|----------------------------------|---|--|--|-------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

... (aggiungere righe al bisogno)

** € 125,00 per figlio di età inferiore o uguale ai 26 anni

* Il codice della domanda è un codice numerico di 5 cifre (es: 00001, 00150, etc) che identifica il richiedente in modo univoco

La presente dichiarazione è approvata con Delibera di Giunta Comunale n° _____ del _____, e ne è parte integrante.

Data

Firma del legale rappresentante

Allegati:

- Delibera di Giunta comunale che approva la presente.