

**COMUNE DI TRIVIGLIANO**

Provincia di Frosinone

Via Roma, 14 – 03010 Trivigliano (Fr)

0775520213 – omune.trivigliano@legalmail.it**SPETT.LE COMUNE DI TRIVIGLIANO****UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

(Inviare il modulo e gli allegati richiesti con unico file alla PEC: comune.trivigliano@legalmail.it
oppure consegnarlo cartaceo all'Ufficio Protocollo comunale nei giorni e orari aperti al pubblico)

**MISURA “RADICI DI FUTURO” – SOSTEGNO ALLA NATALITA’ E ALLA
GENITORIALITA’ PICCOLISSIMI COMUNI DEL LAZIO – ANNUALITA’ 2025**
(DGR n. 249/2024 – DGR n. 913/2025 – Determinazione Regione Lazio n. G14299/2025)

DATI DEL RICHIEDENTE / DEI RICHIEDENTI**1) Richiedente**

Cognome e Nome: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____

Residente a TRIVIGLIANO in Via/Piazza _____

Tel. _____ e-mail _____

2) Altro genitore (solo se presente)

Cognome e Nome: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____

Residente a TRIVIGLIANO in Via/Piazza _____

Tel. _____ e-mail _____

RICHIESTA DEL CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a richiede il contributo economico “RADICI DI FUTURO – Sostegno alla natalità e genitorialità” (ai sensi della DGR 249/2024, DGR 913/2025 e Determinazione G14299/2025, nonché degli artt. 45 e 46 DPR 445/2000).

DATI DEI FIGLI 0–3 ANNI**Figlio/a 1 – (OBBLIGATORIO se presente minore 0–3 anni)**

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Figlio/a 2 – (solo se presente altro minore 0–3 anni)

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

ALTRI FIGLI 3–18 ANNI (solo se presenti)**Figlio/a 1**

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Figlio/a 2

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

DICHIARAZIONI (ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000)**(Sbarrare con una X)****A) RESIDENZA E CITTADINANZA**☐ Residenza a Trivigliano in Via _____ n. _____☐ Cittadinanza Italiana☐ Cittadinanza UE☐ Cittadinanza Extra-UE con permesso di soggiorno valido

B) COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

Numero componenti nucleo:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ più di 5

Figli 0–3 anni:

☐ Sì ☐ No Numero: _____

Figli 3–18 anni:

☐ Sì ☐ No Numero: _____

Figli maggiori di 18 anni:

☐ Sì ☐ No Numero: _____

Presenza persona ultra 80enne nel nucleo:

☐ Sì ☐ No

Persona con disabilità certificata (art. 3, c.3 L.104/92):

☐ Sì ☐ No

C) SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Nucleo monogenitoriale:

☐ Sì ☐ No

Nucleo in situazione di disagio sociale/economico/linguistico/culturale attestato dal Servizio Sociale:

☐ Sì ☐ No

Valore ISEE in corso di validità: € _____

D) BENEFICI PRECEDENTI DELLA MISURA

☐ Il nucleo familiare NON è risultato beneficiario della misura “Radici di Futuro – Sostegno alla natalità e alla genitorialità” nell’annualità 2024.

☐ Il nucleo familiare è risultato beneficiario della misura “Radici di Futuro – Sostegno alla natalità e alla genitorialità” nell’annualità 2024.

ACCREDITO DEL CONTRIBUTO

Richiedo che il contributo venga accreditato sul seguente IBAN:

IBAN: _____

Intestatario/i del conto: _____

(Nota: NO Postepay standard – NO Libretto Postale)

ALLEGATI OBBLIGATORI

(SOLO copie/scansioni leggibili – NO FOTO DA TELEFONO)

☐ Documento di identità del richiedente

☐ Attestazione ISEE ordinario/corrente in corso di validità

☐ ISEE aggiornato entro la scadenza dell’Avviso (validità fino al 31/12/2026)

☐ Permesso di soggiorno (solo per cittadini extra-UE)

☐ Tessera sanitaria del/i minore/i

☐ Fotocopia documento contenente IBAN (NO FOTO – NO Postepay standard)

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Trivigliano, _____

Firma del/dei richiedente/i (leggibile)

