

**RICHIESTA DI CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO**

previsto dall'art. 13 l.r. n. 24/2016 come integrato e modificato dall'art. 25 l.r. n. 9/2020 e  
successivo art. 40 l.r. n.9/2021

*"Contributo alle partorienti delle Isole Minori della Regione Siciliana"*

Al Comune di PANTELLERIA  
posta elettronica certificata/raccomandata a.r.  
PROTOCOLLO @ PEC. COMUNE PANTELLERIA.IT

La sottoscritta, \_\_\_\_\_ nata  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ p.e.c.  
\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali procedenti dalle  
dichiarazioni false o mendaci di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

**dichiara**

di essere in possesso dei requisiti di cui all'articolo 13 della legge regionale n. 24 del 5 dicembre  
2016, siccome modificato e integrato dall'art. 25, co. 11 l.r. n. 9 del 12 maggio 2020, e successivo  
art. 40 l.r. n. 9 del 15 aprile 2021.

Per l'effetto,

**chiede**

che le venga concesso, ai sensi del Decreto Assessoriale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, pubblicato  
sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Al riguardo, la sottoscritta, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del D.P.R.  
n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

**dichiara altresì**

- a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- b) di aver partorito in data \_\_\_\_\_ (1), presso il Punto Nascita della Regione  
Siciliana denominato: \_\_\_\_\_

Attesta, infine, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del D.P.R. 445/2000, che tutte le  
dichiarazioni rese corrispondono al vero.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(la richiedente)  
FIRMA LEGGIBILE

*(1) In caso di interruzione della gravidanza, deve presentarsi un certificato medico da cui risulti la data  
dell'interruzione e che la stessa si è verificata dopo il centottantesimo giorno di gravidanza.*

(1) In caso di interruzione della gravidanza, deve presentarsi un certificato medico da cui risulti la data dell'interruzione e che la stessa si è verificata dopo il centottantesimo giorno di gravidanza.

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, in relazione alla richiesta di concessione del contributo di cui alla legge regionale n. 24/2016 e alla legge regionale n. 9/2020 e successivo Decreto Assessoriale attuativo, con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003 (di seguito indicato come "Codice Privacy") e successive modificazioni ed integrazioni

#### AUTORIZZA

il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento, alla pubblicazione anche con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati, anche personali, forniti dalla sottoscritta ai fini della suddetta concessione del contributo.

Autorizza altresì, la Regione Siciliana, in relazione al contributo concesso, a pubblicare i propri dati sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Prende inoltre atto che, ai sensi del "Codice Privacy", titolare del trattamento dei dati è il Comune di \_\_\_\_\_ e che la sottoscritta potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall'art. 7 del "Codice Privacy".

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(la richiedente)  
FIRMA LEGGIBILE

Allega alla presente la fotocopia di un documento di identità in corso di validità:

C.I. n. \_\_\_\_\_  
rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_  
con scadenza il \_\_\_\_\_  
valida fino al \_\_\_\_\_

## MODULO DI COMUNICAZIONE IBAN

### IL SOTTOSCRITTO

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

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale:

Residente in ( Via, Largo, Piazza, ... ) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in ( se diverso dalla residenza ) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Comunica il proprio CODICE IBAN:**

\_\_\_\_\_

**Beneficiario (intestato a):** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_