

**MODELLO DI RICHIESTA CONTRIBUTI PER IL SOSTEGNO AGLI EMIGRATI RIMPATRIATI
DAL VENEZUELA
Legge Regionale 10 maggio 2019, n. 4 art. 25**

Al Sindaco del Comune di _____

l sottoscritt _____ nat a _____

prov. _____ Stato _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ prov. _____ via
_____ n° _____

tel. _____ nella qualità di (*)

residente in Venezuela dal _____

definitivamente rientrato in Molise dal Venezuela alla data del

CHIEDE

il seguente contributo previsto dalla Legge Regionale 10 maggio 2019, n. 4 art. 25:

1) Componenti del nucleo familiare:

- € 500 - 1 componente
- € 800 - 2 componenti
- € 1.000 - da 3 a 5 componenti
- € 1.500 - oltre 5 componenti

2) Comprovato stato di disoccupazione e fabbisogno di beni di prima necessità e di aiuto per far fronte alle spese di vitto e alloggio;

- € 1.000

3) Necessità di assistenza e cura per gravi patologie attestate dal Servizio Sanitario Nazionale e non sovvenzionate dallo stesso.

- € 1.000 - stato di bisogno di uno dei componenti il nucleo familiare (anche se composto da 1 solo membro);

A tal fine allega:

- Passaporto, permesso di soggiorno, certificazione Consolare del Paese di immigrazione o documentazione equipollente del Comune o di Autorità dello Stato straniero oppure di organismi ed enti previdenziali stranieri o italiani attestanti i requisiti di nascita o residenza in Venezuela per almeno 10 anni nonché il definitivo rientro in Molise;

- Codice fiscale;
- Documento di identità in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione redatto secondo le disposizioni del DPR 445/2000 attestante lo stato di famiglia, la residenza e l'origine molisana;
- Dichiarazione del Comune attestante l'origine molisana del genitore, del coniuge anche superstite, nonché degli avi fino alla quarta generazione;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatto secondo le disposizioni del DPR 445/2000 attestante:
 - Di non avere abitazione di proprietà;
 - Di aver sottoscritto un contratto di locazione o di comodato di immobile ad uso abitativo;
 - Di avere ridotta capacità economica, riferita all'intero nucleo familiare.
- Documentazione sanitaria comprovante lo stato di grave patologia propria o del familiare attestata dal Servizio Sanitario Nazionale e non sovvenzionata dallo stesso.

Luogo e data

Firma

(*) Emigrato - Coniuge - Figlio - Discendente fino alla quarta generazione di: _____
