



(Allegato 1)

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

### Bando "PROGETTO ACT" Croce Rossa Italiana - Comitato di Caltanissetta

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ PROV.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di partecipare alla selezione dei nuclei familiari che beneficeranno al Progetto ACT di supporto alla lettura delle bollette e alla valutazione dei consumi di luce e gas.

La partecipazione è richiesta per le utenze:

solo Luce                       solo Gas                       Luce e Gas

DICHIARA sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000. Consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici previsti dal Bando del Progetto ACT, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 di essere in possesso dei requisiti richiesti dal Bando

- Di avere un ISEE o ISEE corrente inferiore a 12.000 euro annui;
- Di avere un ISEE o ISEE corrente non superiore a 20.000 euro annui (nucleo familiare composto da più di 3 figli);
- Che l'intestatario/a del contratto dell'utenza o delle utenze per cui si chiede il beneficio è membro del nucleo familiare ISEE
- Che l'utenza stessa è un'utenza di tipo domestico di prima casa

ALLEGA alla presente domanda:

- Attestazione ISEE.
- Descrizione del nucleo familiare. (Allegato 2)
- Eventuali documentazioni comprovanti la vulnerabilità (disabilità, invalidità, presenza di persone dipendenti da apparecchiature elettromedicali, ecc ...) dei componenti del nucleo familiare.
- Dichiarazione di disponibilità agli incontri per l'analisi delle bollette e la valutazione delle opportunità di miglioramento dei consumi delle utenze per cui si chiede il beneficio. (Allegato 3)
- Copia delle ultime due bollette dell'utenza per cui si chiede il beneficio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

FIRMA leggibile

**(Riservato agli operatori in caso di consegna a mano Presso la sede dell'Emporio di Gaj)**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ha consegnato la Domanda di Partecipazione al Progetto ACT il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ all'operatore CRI \_\_\_\_\_.

FIRMA dell'Operatore CRI \_\_\_\_\_