



ALLEGATO C DICHIARAZIONE RELATIVA AI CRITERI DI PRIORITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara il possesso dei seguenti criteri di priorità:

1. ISEE

- ☐ da € 0,00 a € 5.000,00
☐ da € 5.000,01 a € 10.000,00
☐ da € 10.000,01 a € 15.000,00

2. Nucleo monogenitoriale

- ☐ SÌ
☐ NO

3. Presenza di soggetti over 65

- ☐ SÌ
☐ NO

Numero componenti _____

4. Presenza di figli minorenni

- ☐ SÌ
☐ NO

Numero figli minorenni _____

5. Presenza di persone a carico che necessitano di cure

(anziani, disabili, persone con patologie invalidanti, disagio mentale, ecc.)

Numero soggetti _____

6. ☐ Il nucleo dichiara l'assenza di reti sociali o familiari di supporto. La condizione sarà verificata dai competenti Servizi Sociali e valutata secondo quanto previsto dall'Avviso.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni rese corrispondono al vero ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____