

OGGETTO: Istanza di ammissione al “Programma Regionale per il sostegno economico a famiglie e persone in situazioni di povertà e disagio” Linea 1 e Linea 2 – Annualità 2015 – D.G.R. n. 48/7 del 02/10/2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ **residente a Decimomannu** in via/piazza _____
n. _____ C.F. _____
telefono _____ email _____
Titolo di studio _____ eventuali qualifiche
professionali _____

Trovandosi nelle condizioni di disagio come riportate nel programma approvato con D.G.R. n. 48/7 del 02/10/2015, approvata in via definitiva con D.G.R. n. 52/32 del 28/10/2015, e delle deliberazioni della Giunta Comunale n. 141 del 3.11.2016 e n. 144 del 10.11.2016.

CHIEDE

Di partecipare al bando per la presentazione delle domande di ammissione al “Programma Regionale per il sostegno economico a famiglie e persone in situazioni di povertà e disagio” e di essere ammesso alla graduatoria per la seguente linea di intervento (la richiesta può essere presentata per tutte le linee di intervento da un solo componente per nucleo familiare) *barrare la voce che interessa:*

- Linea di intervento 1. Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto
- Linea di intervento 2. Contributi economici per l’abbattimento dei costi dei servizi essenziali

A tal fine consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che l’eventuale contributo concesso sia erogato nel modo seguente:

- Contanti da riscuotersi presso la Tesoreria Comunale
- Delega alla riscossione in contanti presso la Tesoreria Comunale a _____

(indicare cognome e nome, luogo e data di nascita, Codice Fiscale – OBBLIGATORIO allegare documento di identità del delegato)

- Accredito sul c.c. (bancario o postale) codice IBAN _____
intestato a _____

DICHIARA INOLTRE

Di aver preso esatta visione del bando e di accettare tutte le condizioni ivi contenute;

Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente (deve corrispondere esattamente a quella risultante dalla dichiarazione ISEE e visura anagrafica):

	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela	Attività svolta

Che il valore ISEE del nucleo familiare convivente in corso di validità è pari a € _____ (qualora l'isee presenti omissioni e/o difformità dovrà essere regolarizzato ai fini dell'inserimento in graduatoria)

SI NO Che un componente il proprio nucleo familiare è riconosciuto invalido civile/portatore di handicap grave, come comprovato da certificazione che si allega alla presente *barrare la casella che interessa*

Che nessun altro componente presente nel proprio nucleo familiare ha presentato analoga richiesta di benefici di cui alle Linee di intervento 1, 2

Solo per la Linea di intervento 2

Di aver sostenuto nel corso del corrente anno le seguenti spese per i costi abitativi e dei servizi essenziali (esempio: canone di locazione – per la quota non coperta dai contributi di cui alla legge n. 431/1998 – energia elettrica, smaltimento dei rifiuti solidi urbani, riscaldamento dell'abitazione, gas di cucina, consumo di acqua potabile, servizi e interventi educativi quali: nidi d'infanzia, servizi primavera, servizi educativi in contesto domiciliare) per complessivi € _____

NOTA allegare ricevute dei pagamenti effettuati.

DICHIARA ALTRESI'

Che i dati forniti sono completi e veritieri

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo (residenza, composizione del nucleo familiare, situazione lavorativa, ...)

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici

eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA *Barrare la voce che interessa*

- Attestazione ISEE del nucleo familiare convivente in corso di validità

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità

- Verbali o certificazioni sanitarie attestanti eventuali stati di invalidità (da cui si evinca la percentuale di invalidità) e/o di handicap grave (da comprovare con certificazione ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3) relativi a persone presenti nel nucleo familiare del destinatario finale degli interventi, così come risulta da stato di famiglia anagrafica

- Altri documenti utili a comprovare particolari situazioni (certificati medici rilasciati dal SerD attestanti lo stato di ex tossicodipendente o decreto di scarcerazione per gli ex detenuti)

- Copia della carta di soggiorno, nel caso di cittadino extracomunitario

- Ricevute dei pagamenti effettuati

Data _____

Firma _____

N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata con firma leggibile e presentata unitamente ad un documento di identità del dichiarante, in corso di validità.