

# *Distretto Socio - Sanitario AOD2*

## *Comune Capofila- Santa Elisabetta*

*Comitini - Joppolo Giancaxio - Porto Empedocle - Realmonte - Sant'Angelo Muxaro - Santa Elisabetta - Siculiana*

INCLUSIONE SOCIALE P.D.Z., 2013/2015 2° ANNUALITA' FNPS \_\_\_\_\_  
 – "Inclusione sociale – misure di sostegno al reddito "

Presentare entro il \_\_\_\_\_

Al Sig. Sindaco del Comune di:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OGGETTO	Richiesta assegnazione partecipazione al progetto di Inclusione sociale- Misure di sostegno al reddito.
---------	---

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____ data di nascita _____
Luogo di nascita _____	Indirizzo _____
Tel./cell _____	codice fiscale _____
Indirizzo e-mail _____	

### Chiede

di essere ammesso/a all'assegnazione di una sostegno al reddito prevista nell'ambito del Piano di Zona, azione **"Inclusione sociale –Misure di sostegno al reddito"**.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali assunte in caso di dichiarazione mendaci e/o esibizione di atti non rispondenti a verità e consapevole che verranno effettuati controlli da parte degli uffici comunali, diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Che il proprio nucleo familiare è composto:

	Cognome e nome	Luogo nascita	Data nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Che il proprio nucleo familiare, nella totalità dei suoi componenti, ha una dotazione economica ISEE di € \_\_\_\_\_ in corso di validità;

- di essere residente In Via \_\_\_\_\_ ,n. \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere disoccupato dal \_\_\_\_\_;
- che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ componenti adulti disoccupati;
- di essere/non essere\* componente adulto del nucleo, unico capace a provvedere al mantenimento familiare che si trova improvvisamente senza lavoro e senza copertura assicurativa a causa della malattia degenerativa molto grave, di cui all'allegata certificazione rilasciata da una struttura pubblica;
- di essere/non essere\* ex detenuto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere\* in misura alternativa o in misura di sicurezza dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere\* ragazza madre con figli minori riconosciuti dalla sola madre;
- di essere/non essere stata\* doma vittima di violenza nell'ultimo biennio (da documentare);
- di risiedere/non risiedere\* In locazione con contratto registrato, non in comodato d'uso;
- di risiedere/non risiedere\* In locazione agevolata -casa popolare;
- di essere/non essere\* destinatario di sentenza di sfratto esecutiva;
- di essere/non essere\* destinatario di sentenza di sfratto non esecutiva.

Allega alla presente istanza:

- Fotocopia documento di identità.
- Attestazione ISEE valido, non superiore ad € 7.000,00.
- Documentazione attestante gli stati e i fatti se dichiarati nelle voci precedenti.

Il Richiedente

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto LGS 196/2003;

   L    sottoscritta/o dà il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali, anche sensibili ed autorizza il Comune ad inserirli nella propria banca dati e in tutti gli atti che dovrà porre in essere per il raggiungimento delle finalità inerenti la presente richiesta. Autorizza, altresì, la loro comunicazione a società assicuratrici ad altri Enti e/o soggetti esterni, al fine di pervenire alla realizzazione del servizio di cui alla presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_

*FIRMA*

\_\_\_\_\_

- barrare la voce che non interessa

# AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi Art. 47, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Siculiana in Via \_\_\_\_\_

Avvalendosi della facoltà di autocertificazioni prevista dall' art. 47 del D.P.R..

445 del 28 Dicembre 2000

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

CHE:

nessuno componente il proprio nucleo familiare è beneficiario di misure di sostegno al reddito (Reddito di Inclusione, Reddito di cittadinanza e partecipazione a curriculum formativi di sostegno.).

LUOGO \_\_\_\_\_ (data)

DICHIARANTE

(nome e cognome)

\_\_\_\_\_

- Si allega fotocopia di documento di riconoscimento