

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