

RICHIESTA N . ____ PERVENUTA IN DATA _____ ORE _____

All'Ufficio Servizio Sociale

Comune di Iglesias

OGGETTO: RICHIESTA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLE POVERTA' ESTREME. LINEA DI INTERVENTO 3 – SERVIZIO CIVICO COMUNALE.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in Iglesias in via/p.zza _____ , n. ____ frazione _____
telefono (obbligatorio) _____ in qualità di destinatario del beneficio

CHIEDE

Di poter beneficiare del sostegno economico previsto dal Programma Regionale finalizzato alla realizzazione di interventi di contrasto alle povertà per la linea di intervento 3, così come previsto nella Deliberazione Regionale n. 39/9 del 26/09/2013 e dal Bando Pubblico Comunale.

A tal fine il sottoscritto, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del C.P. e delle Leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici dichiara:

- Di essere residente in Sardegna ☐ dalla nascita ☐ dal _____ ;
- Di essere residenti in Iglesias ☐ dalla nascita ☐ dal _____ ;
- Che la composizione del nucleo familiare è quella indicata nella attestazione ISEE presentata;
- ☐ di percepire ☐ di non percepire Contributi Economici Comunali;
- Che il proprio nucleo familiare nell'anno 2012
 - ☐ non ha percepito redditi esenti IRPEF
 - ☐ ha percepito redditi esenti IRPEF, nello specifico :

PENSIONE INVALIDITA' CIVILE, CECITA', SORDOMUTISMO	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
SUSSIDIO L. 20/97	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
SUSSIDIO NEFROPATICI, TALASSEMICI, NEOPLASIE	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
PENSIONE SOCIALE / ASSEGNO SOCIALE	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
RENDITA INAIL	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
PENSIONE DI GUERRA O REVERSIBILITA'	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
BORSE LAVORO, TIROCINI RETRIBUITI DA PROVINCIA/REGIONE	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
ASSEGNO ALIMENTARE (comprensivo della quota relativa all'ex coniuge)	☐ SI ☐ NO	€ ____/mensile
ASSEGNO DI MATERNITA' – PER NUCLEO FAMILIARE	☐ SI ☐ NO	€ _____

Il/la sottoscritto/a dichiara che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti componenti con invalidità civile _____.

In caso di invalidità civile riconosciuta o in fase di riconoscimento, il/la sottoscritto/a dichiara di essere affetto dalle seguenti patologie che limitano le proprie capacità lavorative (allegare certificazione medica) _____.

Il/la sottoscritto/a dichiara di possedere ☐ sì ☐ no la patente di guida.

Il/la sottoscritto/a in caso di ammissione al beneficio richiesto dichiara:

- Di aver preso visione e di accettare i criteri riportati nel suddetto Bando;
- Di rendersi disponibile a concordare un percorso personalizzato di inserimento sociale, lavorativo o formativo;
- Di comunicare tempestivamente ogni variazione della composizione del nucleo familiare, di reddito e/o patrimonio;
- Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- Di prendere atto che la rinuncia all'inserimento lavorativo o l'interruzione non preventivamente concordata con le Assistenti Sociali, comporterà automaticamente la decadenza di qualsiasi altro intervento di natura economica fino alla pubblicazione del successivo bando;
- Di essere informato che ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informativi, nell'ambito e per i fini istituzionali del procedimento per il quale verranno resi.

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità e copia del codice fiscale;
- Certificazione ISEE valida con redditi 2012;
- Copia scheda anagrafica aggiornata rilasciata dal Centro Servizi per l'Impiego e Curriculum Vitae.

Iglesias, _____

Firma
