

Oggetto: PROGETTO "OFFICINE DI OPPORTUNITA'" – RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLE ATTIVITA' DI FORMAZIONE E OCCUPAZIONE PREVISTE NEL PROGETTO.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Prov. ____ residente a Gonnostamatza in Via _____ n. ____ cap. ____ prov ____
C.F. _____ Recapito telefonico _____
Cellulare _____, a conoscenza dei relativi criteri

CHIEDE

Di poter accedere agli interventi di formazione e occupazione previsti nel progetto "OFFICINE DI OPPORTUNITA'".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale 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 nel Comune di GONNOSTRAMATZA

☐ che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	RELAZIONE DI PARENTELA

☐ che il proprio nucleo familiare non ha percepito nell'anno 2013 redditi esenti IRPEF;

☐ che il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno 2013 i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO
Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Rendita INAIL per invalidità permanente o morte	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite (specificare)	

☐ di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio

☐ Di essere in possesso del seguente titolo di studio e/o qualifica professionale _____;

☐ di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Allega:

- dichiarazione ISEE riferita ai redditi anno 2013;
- copia di documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
- Scheda anagrafico-professionale rilasciata dall'ufficio di collocamento
- Eventuale documentazione attestante particolari condizioni di disagio sociale;

Il/la sottoscritto/a chiede, inoltre, che l'erogazione del sussidio avvenga con le seguenti modalità (barrare la casella che interessa):

- ☐ contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna;
- ☐ accreditato sul C.C. Bancario n. _____ intestato al/alla sottoscritto/a presso la Banca _____ Agenzia di _____ Codice Iban _____
- ☐ accreditato sul C.C. Postale n. _____ intestato al/alla sottoscritto/a presso l'Ufficio Postale di _____ Codice Iban _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/93

Desideriamo informarla che il D. Lgs. n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi dell'art. 13 della legge predetta Le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati personali forniti per la partecipazione al procedimento verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'amministrazione;
2. il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio, l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento del procedimento e delle sue successive fasi;
3. il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali che mediante l'uso di procedure informatiche; il trattamento dei dati verrà effettuato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e potrà essere effettuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli;
4. i dati sensibili e giudiziari non saranno oggetto di diffusione, tuttavia alcuni di essi potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati nella misura strettamente indispensabile per svolgere attività istituzionali, previste dalle vigenti disposizioni, e secondo quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs. N. 196/2003;
5. il titolare del trattamento dei dati è il Comune di **Gonnostramatza**;
6. la responsabile del trattamento dei dati è l'Assistente Sociale **Greca Onnis** (responsabile del procedimento);
7. al titolare del trattamento o al responsabile ci si potrà rivolgere senza particolari formalità, per far valere i diritti dell'interessato, così com'è previsto dall'art. 7 del D. Lgs. N. 196/2003.

Ai sensi dell' art. 10 del Decreto Legislativo 196/2003, si autorizza l'utilizzo dei dati personali per le finalità di cui in precedenza e per uso esclusivamente interno.

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA ALLEGATA AL MODULO DI DOMANDA

1. CHIUNQUE NE FOSSE SPROVVISTO, PUO' RICHIEDERE IL RILASCIO DELL'ATTESTAZIONE ISEE DIRETTAMENTE AD UN CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE (CAF).
2. NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE DOMANDE INCOMPLETE e/o pervenute fuori dai termini stabiliti (fatta salva la disponibilità di posti).
3. E' NECESSARIO DICHIARARE ANCHE I REDDITI ESENTI IRPEF.
4. IL LIMITE DI REDDITO ISEE RIDEFINITO (Inclusi i redditi esenti) PER POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI E' DI €. 6.000,00.
5. AI FINI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO ESSERE INDICATI TUTTI I COMPONENTI, COSI' COME RISULTA DALLA NORMATIVA IN MATERIA DI ISEE.
6. LA MISURA DEL BENEFICIO E' QUANTIFICATA IN E. 700,00 SOGGETTA AD EVENTUALE RITENUTA D'ACCONTO.
7. LA DURATA DEL PROGRAMMA E' PREVISTA PER MASSIMO 7 MESI RAPPORTATO ALLE RISORSE DISPONIBILI.
8. IL BENEFICIO VERRA' LIQUIDATO A MESE POSTICIPATO.

Firma per presa visione
