

RICHIESTA SUSSIDIO

ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

COMUNE DI GNONOSTRAMATZA
(Or.)

Oggetto: Richiesta ammissione al Programma di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 3: Impegno in servizi di pubblica utilità (Delibera G.R. n. 28/7 del 17.07.2014).

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

che le/gli venga concesso il sussidio previsto dal Programma Regionale di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 3 previsto dalla Delibera G.R. n. 28/07 del 17.07.2014.

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, alla data del 27.08.2015 (data di pubblicazione del bando)
- ☐ 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 è attualmente sprovvisto di qualsiasi fonte di reddito;
- ☐ che il proprio nucleo familiare attualmente percepisce il seguente reddito mensile € derivante da (specificare)
- ☐ di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;
- ☐ 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.

DICHIARA INOLTRE

che tra il momento della presentazione della dichiarazione sostitutiva unica necessaria per il rilascio dell'attestazione ISEE e il momento della presentazione della domanda sono intervenute le eventuali sotto specificate variazioni significative nella composizione del nucleo familiare o nella situazione reddituale o patrimoniale:

- ☐ di essere abile/inabile al lavoro;
- ☐ di essere privo di occupazione;
- ☐ di aver perso il lavoro ed essere privo di coperture assicurative o di qualsiasi forma di tutela da parte di enti pubblici e risultare abile al lavoro;
- ☐ di essere iscritto alle liste di disoccupazione dell'ufficio provinciale del lavoro di _____ dal _____ ;
- ☐ di essere iscritto alle liste speciali di cui alla legge 68/99 dal _____ ;

Allega:

- dichiarazione ISEE
- copia di documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
-;
-;

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;
- ☐ accredito sul C.C. Bancario n. _____ intestato al/alla
sottoscritto/a presso la Banca _____ Agenzia di
_____ Codice Iban _____
- ☐ accredito 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 PER LA RICHIESTA DI SUSSIDI A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI ACCERTATA POVERTÀ.

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 fondi).
3. IL LIMITE DI REDDITO ISEE (Inclusi i redditi esenti) PER POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI E' DI €. 4.500,00.
4. AI FINI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO ESSERE INDICATI TUTTI I COMPONENTI, COSI' COME RISULTA DALLA NORMATIVA IN MATERIA DI ISEE.
5. LA MISURA DEL BENEFICIO VARIA IN BASE ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE.
6. LA DURATA DEL PROGRAMMA E' PREVISTA PER MASSIMO 12 MESI RAPPORTATO ALLE RISORSE DISPONIBILI.

Firma per presa visione
