



COMUNE DI NEONELI

Provincia di Oristano

C.A.P. 09080 Via Roma, 83-Tel. 0783/67747-Fax 0783/67764

www.comune.neoneli.or.it - [-info@comune.neoneli.or.it](mailto:info@comune.neoneli.or.it) - protocollo@pec.comune.neoneli.or.it

**Al Comune di NEONELI
Ufficio Servizio Sociale**

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA "AZIONI DI CONTRASTO ALLE POVERTA' ", AI SENSI DEL COMMA 2, ART. 35 DELLA DELIBERA GIUNTA REGIONALE n_____, PER LA 5ª ANNUALITÀ'.

Il/La sottoscritto/a _____,
(Cognome) _____ (Nome)
nato/a _____, (prov. _____), il _____, residente a
Neoneli,

(Prov. OR), Via _____ n° _____ tel. _____

codice
fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Di essere ammesso al Programma Sperimentale Regionale finalizzato alla realizzazione di interventi di contrasto alle povertà, come previsto dal comma 2, art. 35 della L.R. 29 maggio 2007, n. 2 Delibera G.R. n.____

per la linea di intervento 1): sussidio per persone e famiglie in condizioni di accertata povertà

per la linea di intervento 2): contributi per far fronte all'abbattimento dei costi dei servizi essenziali

per la linea di intervento 3): sussidio per lo svolgimento del servizio civico comunale

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 in Sardegna dal _____
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	COGNOME E NOME	NATO IL	RELAZIONE DI PARENTELA
1			
2			
3			

4			
5			
6			

- che il proprio nucleo familiare ha n. _____ minori a carico;
- che il nucleo è monogenitoriale con n. _____ figli minori a carico;
- che il sottoscritto vive solo;
- che le condizioni di salute di nr. ____ componenti del nucleo sono quelle descritte nella documentazione allegata.
- che sono presenti in famiglia n. _____ persone diversamente abili di cui si allega verbale di riconoscimento della condizione di handicap di cui alla legge 104/92 e/o verbale di invalidità civile;
- che il proprio nucleo familiare non aver percepito nell'anno ____ redditi esenti IRPEF;

oppure

- che il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno ____ 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	
Assegni di maternità/nucleo ex L.448/98	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite	

- di rendersi disponibile a concordare un percorso personalizzato di inserimento sociale, rivolto a sé medesimo e ai componenti il nucleo familiare;
- 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.
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza per il medesimo intervento né per le altre linee di intervento;

Allega:

- dichiarazione ISEE riferita all'anno _____;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- eventuale verbale di invalidità e/o certificazione di handicap L.104/92;
- eventuale documentazione medica;
- eventuale decreto del Tribunale (separazione, affidamento, custodia cautelare, ecc)

Neoneli, il ____/____/____

.....

Firma

Informativa sulla riservatezza e consenso al trattamento dei dati

Il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini della concessione del

Programma Sperimentale di contrasto delle Povertà . Titolare del trattamento dei suoi dati è il Comune.

Ai sensi del D.lgs. n° 196/2003 per il trattamento e tutela dei dati personali

__I__ sottoscritt__ Sig.____acquisite le informazioni necessarie,

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali - anche idonei a rilevare lo stato di salute - da parte del Comune di Neoneli dati che saranno trattati con mezzi informatici e/o manuali al solo scopo di concedere il servizio richiesto.

Preso atto di quanto sopra il sottoscritto acconsente, ai sensi degli artt. 7,8,13,23,25 Del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, al trattamento e alla consegna dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, nei limiti di cui alla stessa e, in specifico, a quelli relativi ai dati sensibili di cui all'art. 4 co.1 lett. d.

Luogo e Data _____/____/____

Firma:

.....