

COMUNE DI PERFUGAS

Provincia di Sassari

(Servizi Sociali)

(Piazza Mannu,1 - 07034 Perfugas)

**Al Responsabile del Servizi Sociali
del Comune di Perfugas**

DOMANDA DI AMMISSIONE

AL PROGRAMMA REGIONALE

DI CONTRASTO ALLE POVERTÀ- ANNUALITA' 2014-

INTERVENTO: SERVIZI DI PUBBLICA UTILITA'

1/1 sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a Perfugas in via/Piazza _____ n._____

tel. casa_____, tel. cellulare_____ (obbligatorio)

codice fiscale_____

CHIEDE

di poter accedere al Programma Regionale di contrasto alle povertà, intervento **“SERVIZI DI PUBBLICA UTILITA’”**, previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 28/7 del 17/07/2014, ai fini della concessione del sussidio economico per lo svolgimento di servizi di utilità pubblica.

A tal fine e sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli *Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445* e con piena conoscenza che 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. 75 del medesimo DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici,

DICHIARA

(barcare le caselle che interessano)

O di essere nato/a a _____ il _____

O di essere residente in Perfugas in via/Piazza _____

O di essere cittadino italiano;

O di essere cittadino dell'Unione Europea;

O di essere cittadino di paesi terzi titolare di carta di soggiorno di durata non inferiore a un anno;

O di essere cittadino di paesi terzi titolare di permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno;

O che il proprio nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia è così composto:

	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

O che l'ISEE del proprio nucleo familiare (Redditi 2014) in corso di validità è pari a € _____;

O di versare in stato di disoccupazione;

O di versare in stato di inoccupazione;

O di essere stato riconosciuto invalido civile, nella misura del _____%, con capacità lavorativa residua o limitata in relazione alla disabilità;

O di essere abile al lavoro;

O di rendersi disponibile al fine dell'accertamento dell'idoneità al lavoro e alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs n., 81/2008, aspetti curati da parte dell'Ufficio Tecnico comunale;

O di essere a conoscenza che qualora venga accertato lo stato di inabilità al lavoro, si incorrerà nella sospensione dell'erogazione del sussidio;

O di essere a conoscenza che qualora il percorso di formazione in materia di sicurezza sul lavoro non si concluda con esito favorevole, si incorrerà nella sospensione dell'erogazione del sussidio;

O di essere a conoscenza che la mancata accettazione e sottoscrizione del Protocollo Disciplinare costituiscono motivo di sospensione dell'erogazione del sussidio, così come il mancato rispetto degli impegni assunti;

O di aver rinunciato, senza giustificato motivo, al beneficio economico previsto nelle povertà estreme - linea 3 - delle precedenti annualità;

O di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali ogni variazione in merito alla mutata composizione della famiglia, delle condizioni di reddito e di patrimonio;

O di essere a conoscenza che qualora non si provveda ad informare formalmente il Servizio Sociale competente delle modificazioni intervenute nella situazione socio-economica, il richiedente decade immediatamente dal beneficio concessogli ed incorre nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi attualmente vigenti in materia;

O di essere a conoscenza che la presentazione di una domanda irregolare e/o incompleta (priva di sottoscrizione, priva della documentazione richiesta), comporta l'esclusione dal Programma;

O di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli, presso le istituzioni preposte, sulla veridicità delle dichiarazioni rese ed in caso di false dichiarazioni, l'interessato oltre ad incorrere nelle sanzioni previste dal citato DPR perderà automaticamente il diritto al beneficio concesso, fatta salva la possibilità per l'Amministrazione di richiedere il reintegro delle somme concesse;

O di essere a conoscenza che la presentazione della domanda oltre il termine previste costituisce motivo di esclusione dal Programma;

O di essere a conoscenza che il sussidio economico previsto dal presente intervento non è cumulabile con il sussidio relativo all'intervento “*Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto*”, né con il contributo previsto dall'intervento “*Abbattimento dei costi dei servizi essenziali*”;

O che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non ha presentato istanza per l'inserimento nei “*Servizi di pubblica utilità*” del “Programma Regionale di contrasto alla povertà annualità 2014”;

O che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non ha presentato istanza per beneficiare degli interventi “*Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto*” - “*Contributi per l'abbattimento dei costi dei servizi essenziali*” riferiti al “Programma di contrasto alla povertà annualità 2014”;

O di aver preso visione del Bando e dei criteri di accesso e di accettarne incondizionatamente quanto contenuto;

O che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare *ha beneficiato* del Programma Regionale di contrasto alle povertà nelle annualità precedenti;

O che il sottoscritto o altro componente il nucleo familiare *non ha mai beneficiato* del Programma Regionale delle azioni di contrasto alle povertà nelle annualità precedenti;

Allega alla presente domanda la seguente documentazione (indicare con una crocetta la documentazione che si allega):

- Attestazione ISEE (ORDINARIO) con relativa DSU, in corso di validità, riferita ai redditi anno 2014
- Attestazione ISEE CORRENTE in corso di validità
- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità
- Autocertificazione situazione familiare e sociale
- Copia del titolo di studio o relativa autocertificazione
- Scheda anagrafica rilasciata dal Centro Circoscrizionale per l'impiego aggiornata alla data di pubblicazione del Bando
- Certificazione utile a comprovare lo stato di nucleo monogenitoriale (specificare quale tipo di certificato/i)

O per i cittadini stranieri extracomunitari: copia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato dall'autorità competente di durata non inferiore a un anno.

O altra documentazione utile a comprovare le condizioni di disagio previste all'art. 7 nella parte "punteggi ulteriori" (specificare quale tipo di certificato/i)

O certificazione per valutazione della situazione di coloro che hanno un ISEE di importo superiore a € 4.500,00 ma non a € 5.500,00 annui.

Perfugas_____

(FIRMA)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

(Art.13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

I dati acquisiti con la presente dichiarazione sostitutiva:

- devono essere forniti per tutto il procedimento amministrativo relativo all'istanza di accesso al Programma delle azioni di contrasto alle povertà;
- sono raccolti e custoditi dal Comune di Perfugas ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine per cui sono stati richiesti;
- possono essere comunicati a terzi interessati in caso di favorevole accoglimento dell'istanza di accesso agli atti;
- possono essere comunicati ad altri Enti esterni alla Pubblica Amministrazione anche per finalità di controllo della veridicità dei dati dichiarati;

Il dichiarante può rivolgersi, in qualsiasi momento al Comune di Perfugas per la verifica, aggiornamento, rettifica e cancellazione dei dati dichiarati, ovvero per richiedere il blocco dei dati ed opporsi al loro trattamento se lo stesso è avvenuto in violazione di legge ovvero del regolamento comunale di attuazione;

L'Ente a cui viene presentata la dichiarazione e gli Enti a cui sono trasmessi i dati contenuti nella stessa sono titolari del trattamento dei dati ciascuno per le rispettive competenze.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e autorizza il trattamento dei propri dati con le modalità in essa contenute.

Perfugas_____

(FIRMA)

Autocertificazione relativa alla situazione familiare e sociale e al tenore di vita, da allegare alla domanda per l'intervento “Servizi di Pubblica Utilità”.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____
il _____ residente a Perfugas in via/P.zza _____ n. _____
Prov. _____ Telefono _____ Codice Fiscale: _____

in relazione alla situazione familiare e sociale e 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 D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA

TIPOLOGIA NUCLEO FAMILIARE (segnare con una crocetta sull'icona **O** interessata)

<input checked="" type="checkbox"/> Nucleo familiare monogenitoriale con figli fiscalmente a carico	N° figli minori _____
	N° dei figli di età compresa tra i 18 e i 25 anni _____
<input checked="" type="checkbox"/> Nucleo familiare (non monogenitoriale) con figli fiscalmente a carico fino ai 25 anni di età	N° figli minori fiscalmente a carico _____
	N° figli di età compresa tra 18 e 25 anni fiscalmente a carico _____
<input checked="" type="checkbox"/> Nucleo familiare composto da una sola persona	N° componenti _____
<input checked="" type="checkbox"/> Nucleo familiare composto da 6 o più componenti	N° componenti _____
<input checked="" type="checkbox"/> Altre tipologie di nucleo familiare	N° componenti _____

Nucleo monitorato o segnalato dal Tribunale per i minorenni o dal Tribunale Ordinario	<input checked="" type="checkbox"/>
Richiedente in carico al <i>Centro di Salute Mentale dell'ASL</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Nucleo familiare con componenti in carico al Centro di Salute Mentale dell'ASL	N° componenti in carico al C.S.M. _____

O Nucleo familiare con persona/e riconosciuta/e invalida/e civile/i nella misura dal 74% al 100%	N° componenti riconosciuti invalidi civili _____
Nucleo familiare con persona/e riconosciuta/e invalida/e civile/i fino al 73%	O
Richiedente che abbia concluso positivamente un percorso riabilitativo presso il <i>Servizio Tossicodipendenze</i> dell'ASL (SERD)	O
Richiedente in carico al <i>Servizio Tossicodipendenze</i> dell'ASL (SERD)	O
O Nucleo familiare con componenti in carico al SERD o che abbiano concluso positivamente un percorso riabilitativo	N° componenti _____
Richiedente in carico agli <i>Uffici di Esecuzione Penale Esterna</i> (UEPE) o ex detenuto	O
Nucleo familiare con componenti in carico agli <i>Uffici di Esecuzione Penale Esterna</i> (UEPE) o ex detenuti	N° componenti in carico all'UEPE o ex detenuti _____
Nel nucleo familiare sono presenti persone che hanno beneficiato di interventi di contrasto alla povertà nelle annualità precedenti	SI O NO O

PROPRIETA' O POSSESSO DA PARTE DI UNO O PIU' COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEI SEGUENTI BENI

Mezzi di locomozione (presenza di autoveicoli)	SI O NO O N° totale degli autoveicoli _____
Supporti tecnologici <ul style="list-style-type: none"> • possesso di TV Led o LCD o similari • Abbonamenti pay tv • Abbonamento internet ADSL • Possesso di smarthpone, tablet, e similari 	O O O O

Perfugas _____

IL DICHiarante