

Al Comune di
Nuraminis

Area 4- Servizi Sociali

Il/la
sottoscritto/a _____

nata/o
a _____ il _____

Residente
in _____ Via _____ n° _____

C.F. _____ recapito telefonico(obbligatorio) _____

In qualità di

- Beneficiaria
- Parente/Amministratore di sostegno (specificare) _____
della Sig.ra/Sig. _____

Nata/o a _____ il _____

e residente _____ Via _____ n° _____

C.F. _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO al programma regionale di contrasto alle
povertà estreme e più nello specifico per (barrare la casella)

- LINEA 1 Sostegno economico e progetti personalizzati d'aiuto
- LINEA 2 abbattimento dei costi dei servizi essenziali
- LINEA 3 Impegno in servizi di pubblica utilità.

A TAL FINE DICHIARA ai sensi del D.P.R 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci: (compilare solo le parti che interessano)

- Di chiamarsi _____ di essere nato
a _____
il _____ e di essere residente a _____ in
Via _____

- Che il proprio nucleo familiare è composta da:

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

- Che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ minori
- Che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ invalidi civili con una percentuale di riconoscimento pari a _____
- Di essere invalido civile con una percentuale pari a _____
- Che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ riconosciuti ai sensi della L.104/9 art. 3 comma 3 "handicap in situazione di gravità"
- Di essere separato e/o divorziato legalmente dall'anno _____ (allegare sentenza di separazione o divorzio).
- Di vivere da solo;
- Che all'interno dello stesso nucleo familiare sono presenti n° _____ anziani con età _____
- Di essere iscritto alle liste di disoccupazione dall'anno _____
- Che nell'anno precedente e in corso ho partecipato a programmi similari o identici a quello del bando in oggetto;

- Di non usufruire di altri progetti uguali o simili finanziati da enti pubblici o privati;
- Di avere un reddito ISEE secondo nuova normativa pari a € _____
- Che il nucleo familiare percepisce i seguenti redditi esenti IRPEF *

Nome e cognome	Reddito mensile	Fonte del reddito

* Per redditi esenti Irpef si intendono tutti i redditi quali invalidità, accompagnamento, assegno nucleo familiare 3 figli minori, assegno di maternità, ogni altra provvidenza di sostegno al reddito a carattere continuativo o temporaneo erogata da amministrazione pubbliche. L'anno di riferimento è il 2016 ovvero quello precedente alla richiesta.

- Solo per la linea 2 – Di aver effettuato una spesa per l'abbattimento dei costi dei servizi essenziali per l'anno 2015 pari a € _____ (allegare pezze giustificative)
- Solo per la linea 3 – Di essere abile al lavoro
- Di aver letto attentamente il bando e di essere a conoscenza e di accettare tutte le clausole inserite nello stesso e nel successivo progetto personalizzato.

Firma del Dichiarante

Si allegano alla presente tutta la documentazione prevista dal bando.

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai fini della pratica.

Il dichiarante
