

Da presentare al Protocollo del Comune entro il giorno _____

**AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
AMMINISTRATIVO
DEL COMUNE DI VILLASALTO**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA DI SOCIO-ASSISTENZIALE A FAVORE DI PARTICOLARI
CATEGORIE DI CITTADINI VILLASALTESI**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

DATI DEL RICHIEDENTE
Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____
Data di nascita __/__/____ Sesso (M/F) _____ Stato di Cittadinanza _____
Comune di Nascita _____ Provincia _____
Indirizzo di Residenza Loc. _____
Comune di Residenza _____ Prov. _____ CAP _____
Documento di riconoscimento: Tipo _____ numero _____
Rilasciato da _____ in data __/__/____ scadenza __/__/____
Recapito telefonico _____ eventuale indirizzo email _____

REQUISITI DI RESIDENZA E CITTADINANZA

RESIDENZA (*Barrare la voce di interesse*)

Dichiaro di essere residente nel Comune di Villasalto;

Cittadino italiano

Cittadino comunitario

Familiare di cittadino italiano o comunitario, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente:

numero permesso _____ data rilascio _____ eventuale data scadenza _____

questura che ha rilasciato il permesso _____

Cittadino straniero in permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo:

numero permesso _____ data rilascio _____

questura che ha rilasciato il permesso _____

Titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria)

REQUISITI SOGGETTIVI SPECIFICI DEL NUCLEO FAMILIARE

Il richiedente dichiara di appartenere alla seguente categoria (**barrare la voce di interessa**):

Famiglie composte da un genitore solo con almeno un figlio minore (per genitore solo si intende sia il genitore unico titolare della responsabilità genitoriale, sia il genitore solo all'interno del nucleo anagrafico che, nonostante la presenza di altro genitore con il quale condivide la responsabilità genitoriale, si occupa di fatto in via esclusiva del mantenimento dei figli minori);

Famiglie con almeno una persona in situazione di Handicap grave (L 104/98) o di Invalidità certificate dalla competenti commissioni ASL;

Famiglie con almeno una persona con gravi patologie in carico ai servizi socio-sanitari della ASL;

CONDIZIONI NECESSARIE PER GODERE DEL BENEFICIO

Per godere del beneficio, tutto il nucleo familiare del richiedente dovrà aderire al progetto personalizzato di presa in carico predisposto dall'Ufficio del Servizio Sociale del Comune di residenza, ai sensi degli artt. 3 e 4 del Bando.

Il richiedente prende atto che, ai sensi degli artt. 3 e 4 , il nucleo familiare percettore del contributo, si impegna a:

partecipare al progetto specifico di inclusione attiva predisposto dall'Assistente Sociale Comunale, che prevederà obbligatoriamente la partecipazione ad attività di Servizio Civico;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della composizione familiare e delle condizioni reddituali e patrimoniali dichiarate nella domanda;

Barrare e firmare per presa d'atto :

Dichiaro di aver preso atto di quanto riportato nel presente modulo

Firma _____

SOTTOSCRIZIONE DICHIARAZIONE

Io richiedente, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che:

sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000;

la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere;

l'acquisizione delle domande e l'accesso ai benefici potranno essere sospesi in caso di esaurimento delle risorse disponibili;

in caso di indebita percezione di una prestazione sociale agevolata sulla base dei dati dichiarati, il beneficio sarà sospeso e recuperate le somme già erogate.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

Villasalto li _____

In Fede

Firma _____

DOCUMENTI ALLEGATI:
