



# Città di Tempio Pausania

**Settore dei Servizi alla Persona ed alle Imprese**

All'Ufficio di Servizio Sociale  
Comune di TEMPPIO PAUSANIA

**OGGETTO:** Istanza di ammissione al "Programma Regionale per il sostegno economico a famiglie e persone in situazioni di povertà e di disagio- Annualità 2015" -- D.G.R. n° 48/7 del 02/10/2015.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a Tempio P. Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale..... tel./cell. \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_

eventuali qualifiche  
professionali \_\_\_\_\_

Trovandosi nelle condizioni di disagio come dal programma approvato con Deliberazione di G.R. n° **48/7** del **02/10/2015** approvata in via definitiva con D.G.R. n. **52/32** del **28-10-2015**.

## CHIEDE

Di poter partecipare al bando per la presentazione delle domande di ammissione al "**Programma regionale per il sostegno economico a famiglie e persone in situazione di povertà e disagio**" e di essere ammesso/a alla graduatoria per la seguente linea di intervento (la *richiesta può essere presentata per tutte le linee da un solo componente per nucleo familiare*) : (*barrare la voce che interessa*)

- ◆ **Linea di intervento 1) "Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto";**
- ◆ **Linea di intervento 2) "Contributi economici per l'abbattimento dei costi dei servizi essenziali";**
- ◆ **Linea di intervento 3) "Impegno in servizi di pubblica utilità" (Servizio Civico).**

A tal fine consapevole che in caso di false dichiarazioni, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

## DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (*barrare la voce che interessa*) che l'eventuale contributo venga erogato (*barrare la casella interessata*):

- Rimessa Diretta;
- Accredito su Conto corente (bancario o postale):

codice IBAN \_\_\_\_\_

presso Ufficio postale /banca di : \_\_\_\_\_

intestato a : \_\_\_\_\_

**(In caso di delega alla riscossione del contributo è necessario compilare un apposito modulo da ritirare presso l'Ufficio Servizi Sociali)**

## DICHIARA INOLTRE

- di aver preso esatta visione del bando e di accettare tutte le condizioni ivi contenute;
- di essere residente in Sardegna da almeno 2 anni; (il requisito non viene considerato per gli emigrati sardi di ritorno);
- che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente (*deve corrispondere esattamente a quella risultante dalla dichiarazione ISEE e visura anagrafica*):

n°	Cognome e nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado parentela	Attività svolta

- che il **valore ISEE** del nucleo familiare convivente ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159 riferito ai **redditi percepiti nell'anno 2014**, è pari ad € \_\_\_\_\_,00); (**da richiedersi dopo il 16-01-2016**);  
**(sarà causa di esclusione la certificazione che, pur essendo in corso di validità, presenti omissioni e difformità (per es. esistenza di depositi e conti correnti bancari e postali e altre forme di patrimonio mobiliare e immobiliare non dichiarate).**

- di essere disoccupato/a (*da comprovare mediante certificazione rilasciata dal C.S.L. Centro Servizi per il Lavoro*);
- che nessun altro componente presente nel proprio nucleo familiare ha presentato analoga richiesta di benefici di cui alle **Linee di intervento 1) 2) e 3)**;

**Che il proprio nucleo familiare risiede in abitazione:**

- di proprietà;
- in comodato d'uso a titolo gratuito;
- di proprietà e **gravata di mutuo**;
- in locazione di edilizia privata (*che non gode di contributi finalizzati all'abbattimento del canone di locazione*);
- in locazione di edilizia pubblica (**AREA o Comunale**);

**Solo per la Linea di Intervento 2):**

- Di aver sostenuto nel periodo compreso dal **01/01/2016** al **30/04/2016** le seguenti spese per i costi abitativi e dei servizi essenziali (**allegare ricevute dei pagamenti effettuati**)

**Dichiara altresì :**

- che i dati forniti sono completi e veritieri;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo (residenza, componenti nucleo familiare, situazione lavorativa, ecc.);
- di essere consapevole che i sussidi a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di accertata povertà (Linea 1) non sono ritenuti cumulabili con quelli per far fronte all'abbattimento

dei costi dei servizi essenziali (Linea 2), né con quelli per lo svolgimento del servizio civico comunale (Linea 3);

di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, qualora da controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

**ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA: (*barrare la voce che interessa*)**

attestazione ISEE del nucleo familiare convivente rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159 e riferito ai redditi percepiti nell'anno 2014;

copia documento di identità del richiedente in corso di validità;

verbali o certificazioni sanitarie attestanti eventuali stati di invalidità o di handicap (da cui si evince la percentuale di invalidità) relativi a persone presenti nel nucleo familiare del destinatario finale degli interventi, così come risulta da stato di famiglia anagrafica;

certificazioni attestanti l'eventuale sfratto;

Altri documenti utili a comprovare particolari situazioni (certificati medici rilasciati dal SerD attestanti lo stato di ex tossicodipendente o decreto di scarcerazione per gli ex detenuti);

Certificato di disoccupazione rilasciato dal Centro Servizi per il Lavoro;

Copia della carta di soggiorno, nel caso di cittadino extracomunitario;

Ricevute dei pagamenti effettuati sui costi abitativi legati alla 1° casa; (solo per la Linea di Intervento 2)

*N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata alla presenza del dipendente addetto o sottoscritta e presentata unitamente ad un documento di identità del dichiarante, in corso di validità*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_