

**RICHIESTA SUSSIDIO**

**ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE  
COMUNE DI VILLA VERDE (OR.)**

**Oggetto: richiesta ammissione al Programma di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 1: concessione di sussidi a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di accertata povertà (Delibera G.R. n. 19/04 del 08.05.2012).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ residente a Villa Verde in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_, a conoscenza dei relativi criteri

**Chiede**

che le/gli venga concesso il sussidio previsto dal Programma Regionale di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 1 previsto dalla Delibera G.R. n. 19/04 del 08.05.2012.

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 nel Comune di \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_

che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	RELAZIONE DI PARENTELA

che nella propria famiglia anagrafica sono presenti:

- n. \_\_\_\_\_ figli minori
- n. \_\_\_\_\_ adulti fino ai 25 anni
- n. \_\_\_\_\_ ultrasessantenni

che nel proprio nuclei familiare sono presenti/non sono presenti soggetti con problemi di disabilità e/o di invalidità permanente o temporaneo così come di seguito indicato:

N.	COGNOME E NOME	% DI INVALIDITA'	RELAZIONE DI PARENTELA

- che il proprio nucleo familiare non ha percepito nell'anno 2012 redditi esenti IRPEF;
- che il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno 2012 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	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite ( es.: leggi di settore, assegni nucleo familiare e di maternità etc.) - specificare:	

- che il proprio nucleo familiare è attualmente sprovvisto di qualsiasi fonte di reddito;
- 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;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e aver letto il presente modulo in ogni sua parte accettando in pieno tutte le modalità in essi riportate;

#### DICHIARA INOLTRE

- che tra il momento della presentazione della dichiarazione sostitutiva unica necessaria per il rilascio dell'attestazione ISEE ed il momento della presentazione della domanda sono intervenute le eventuali sotto specificate variazioni significative nella composizione del nucleo familiare o nella situazione reddituali o patrimoniale:

---



---



---



---



---

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone NON indicate nello stato di famiglia:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	RELAZIONE DI PARENTELA

- di essere abile/inabile al lavoro
- di essere privo di occupazione

- di aver perso il lavoro ed essere privo di coperture assicurative o di qualsiasi forma di tutela da parte di enti pubblici e risultare abile al lavoro
- di essere iscritto alle liste di disoccupazione dell'ufficio provinciale del lavoro di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di essere iscritto alle liste speciali di cui alla legge 68/99 dal \_\_\_\_\_

Allega:

- dichiarazione ISEE Anno 2013 riferita ai **redditi anno 2012**;
- copia di documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
- copia certificazione Handicap Grave/Invalidità;
- .....
- .....
- .....

Il/la sottoscritto/a chiede, inoltre, che l'erogazione del sussidio avvenga con le seguenti modalità (barrare la casella che interessa):

- contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna ( **è possibile il pagamento in contante solo se il sussidio non supera un importo pari ad € 1.000,00**)
- accredito sul C.C. Bancario n. \_\_\_\_\_ intestato al/alla sottoscritto/a presso la Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_  
Codice Iban \_\_\_\_\_
- accredito sul C.C. Postale n. \_\_\_\_\_ intestato al/alla sottoscritto/a presso l'Ufficio Postale di \_\_\_\_\_ Codice Iban \_\_\_\_\_
- assegno non trasferibile intestato al/alla sottoscritta ( dal cui importo verrà decurtato circa € 9,00 per spese amministrative bancarie)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante ( per esteso e leggibile)

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/93**

Desideriamo informarla che il D. Lgs. n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi dell'art. 13 della legge predetta Le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati personali forniti per la partecipazione al procedimento verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'amministrazione;
2. il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio, l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento del procedimento e delle sue successive fasi;
3. il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali che mediante l'uso di procedure informatiche; il trattamento dei dati verrà effettuato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e potrà essere effettuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli;
4. i dati sensibili e giudiziari non saranno oggetto di diffusione, tuttavia alcuni di essi potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati nella misura strettamente indispensabile per svolgere attività istituzionali, previste dalle vigenti disposizioni, e secondo quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs. N. 196/2003;
5. il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Villa Verde;
6. la responsabile del trattamento dei dati è l'Assistente Sociale Dott.ssa Savina Ibba (responsabile del servizio);
7. al titolare del trattamento o al responsabile ci si potrà rivolgere senza particolari formalità, per far valere i diritti dell'interessato, così com'è previsto dall'art. 7 del D. Lgs. N. 196/2003.

Ai sensi dell' art. 10 del Decreto Legislativo 196/2003, si autorizza l'utilizzo dei dati personali per le finalità di cui in precedenza e per uso esclusivamente interno.

\_\_\_\_\_

*Data*

\_\_\_\_\_

*Firma del dichiarante ( per esteso e leggibile)*

**INFORMATIVA ALLEGATA AL MODULO DI DOMANDA PER LA RICHIESTA DI SUSSIDI A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI ACCERTATA POVERTÀ.**

1. CHIUNQUE NE FOSSE SPROVVISTO, PUO' RICHIEDERE IL RILASCIO DELL'ATTESTAZIONE ISEE DIRETTAMENTE AD UN CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE (CAF).
2. NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE DOMANDE INCOMPLETE.
3. E' NECESSARIO DICHIARARE ANCHE I REDDITI ESENTI IRPEF.
4. IL LIMITE DI REDDITO ISEE RIDEFINITO PER POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI E' DI €. 4.500,00.
5. AI FINI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO ESSERE INDICATI TUTTI I COMPONENTI, COSI' COME RISULTA DALLO STATO DI FAMIGLIA
6. LA MISURA DEL BENEFICIO PUO' VARIARE IN BASE ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE.
7. LA DURATA DEL PROGRAMMA E' PREVISTA PER MASSIMO 5 MESI RAPPORTATO ALLE RISORSE DISPONIBILI.
8. IL BENEFICIO VERRA' LIQUIDATO SUCCESSIVAMENTE ALL'APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA DEFINITIVA.

**Firma per presa visione**

---

