



Comune di Villa San Pietro

Provincia di Cagliari

Piazza San Pietro, 6 - 09010 Villa San Pietro (CA) - Tel. 070\90770104 - Fax. 070\90.74.19
c.f. 00492250923 - www.comune.villasanpietro.ca.it

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE E PUBBLICA ISTRUZIONE **ASSESSORATO SERVIZI SOCIALI**

Protocollo

N.	DEL
----	-----

**Al Sindaco del Comune
di Villa San Pietro
Piazza San Pietro, 6
09010 – VILLA SAN PIETRO
(CA)**

**CONCESSIONE DI SUSSIDI A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI IN
CONDIZIONI DI ACCERTATA POVERTÀ.**

**OGGETTO: DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI AZIONI
DI CONTRASTO ALLA POVERTA' – ANNO 2013 AVVIO 2014 LINEA DI
INTERVENTO 1)** – (Delibera Regionale n. 39/9 del 26.09.2013, n. 19/4 del 08.05.2012 e
Delibera della Giunta Comunale n. 4 del 29.01.2014).

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. ____) il ____/____/____ residente a **Villa San Pietro**

in Via _____ n. _____ Cod. Fisc. _____

tel. _____ cell. _____

in qualità di **DESTINATARIO DEL BENEFICIO DI CUI ALL'OGGETTO**

CHIEDE

di essere valutato secondo i criteri indicati nella Delibera Regionale n. 39/9 del
26.09.2013, nella Delibera G.R. n. 19/4 del 08.05.2012 e nella Delibera della Giunta
Comunale n. 4 del 29.01.2014, al fine di essere inserito nel Programma di azioni di

contrasto alla povertà in quanto trovasi in una delle condizioni di povertà prevista dalle delibere su menzionate.

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Villa San Pietro;
- di essere residente in Sardegna da almeno due anni;
- che i redditi **ISEE 2013** calcolati sui redditi 2012 sono pari ad € _____;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

QUADRO A

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E CONDIZIONE LAVORATIVA

- che il nucleo familiare nel quale vive abitualmente il destinatario del beneficio richiesto è composto complessivamente da n. _____ componenti di cui n. _____ minori;

che sono presenti nel nucleo familiare, così come sopra composto, n. _____ disabili

(allegare copia della certificazione di invalidità civile);

che comunque il proprio stato di famiglia **alla data di pubblicazione del bando**, è così composto ed i componenti hanno la seguente condizione lavorativa:

N.	COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	CONDIZIONE LAVORATIVA
1	DESTINATARIO DEL BENEFICIO		=====	NON OCCUPATO
2				
3				
4				
5				
6				
7				

N.B. La condizione lavorativa deve essere riferita alla data di pubblicazione del bando: riportare a seconda dei casi, la voce "OCCUPATO" o "NON OCCUPATO"

**QUADRO B
AUTOCERTIFICAZIONE REDDITI ESENTI IRPEF
PERCEPITI DAL NUCLEO FAMILIARE ANNO 2013**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di destinatario del beneficio

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che i componenti del mio nucleo familiare hanno percepito nell'anno 2012 i seguenti emolumenti a titolo di **redditi esenti IRPEF**:

N. 1 Dichiarante

NATURA DEL REDDITO	EURO
<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____

Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
N. 2 COGNOME E NOME _____	
NATURA DEL REDDITO	EURO
<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

N. 3 COGNOME E NOME _____

NATURA DEL REDDITO	EURO
<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

N. 4 COGNOME E NOME _____

NATURA DEL REDDITO	EURO
<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____

<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

N. 5 COGNOME E NOME _____

NATURA DEL REDDITO

EURO

<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____

Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:

<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

N. 6 COGNOME E NOME _____

NATURA DEL REDDITO

EURO

<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

Firma del dichiarante

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritto/a, in caso di ammissione al beneficio richiesto, si impegna a siglare un **“contratto”** con i Servizi Sociali attraverso il quale dichiara:

- di rendersi disponibile a concordare un percorso personalizzato di inserimento sociale, lavorativo o formativo rivolto a sé medesimo e ai componenti il nucleo familiare;
- di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;

- di essere a conoscenza che il termine ultimo per la presentazione dell'attuale istanza è fissato alle **ore 13 del giorno 04.03.2014**;
- **Il rifiuto della sottoscrizione del "contratto" comporta l'esclusione dal beneficio.**

Il/La Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Villa San Pietro, lì _____

Firma del richiedente

QUADRO C

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 DELLA D. LGS 30 GIUGNO 2003, N. 196)

I dati acquisiti con la presente dichiarazione sostitutiva:

- devono essere forniti per l'istruttoria dell'istanza di accesso all'avviso pubblico per la presentazione delle domande e la formazione di un elenco generale delle persone in situazione di svantaggio che faranno richiesta di inserimento lavorativo;
- sono raccolti dal Comune di Villa San Pietro ed utilizzati anche con strumenti informatici, al solo fine dell'attivazione degli inserimenti lavorativi per i soggetti svantaggiati;
- possono essere comunicati ad altri enti esterni alla Pubblica Amministrazione anche per finalità di controllo della veridicità dei dati dichiarati;
- possono essere comunicati a terzi interessati in caso di favorevole accoglimento dell'istanza di accesso agli atti.

Il dichiarante può rivolgersi in qualsiasi momento al Comune di Villa San Pietro per la verifica, aggiornamento, rettifica, cancellazione dei dati dichiarati ovvero per chiedere 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 cui sono trasmessi i dati della dichiarazione sono titolari del trattamento degli stessi ciascuno per le rispettive competenze.

Villa San Pietro, lì _____

Firma del richiedente

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti:

barrare le caselle interessate

- Copia del *codice fiscale*;
- Copia fotostatica di un *documento di identità* del dichiarante, in corso di validità;
- Copia del *certificato ISEE* 2013 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente – D.lgs 31 marzo 1998 n. 109) [relativo ai redditi 2012];
- Copia della *scheda anagrafica* rilasciata dal Centro Circostrizionale per l'Impiego, aggiornata alla *data di pubblicazione del bando*.
- Autocertificazione relativa ai redditi esenti IRPEF quadro B (Inv Civile, indennità accompagnam. rendite INAIL...)
- Fotocopia certificazione attestante eventuale invalidità dei componenti del nucleo familiare.