

OGGETTO: Istanza di ammissione all'intervento **“AMMORTIZZATORI COMUNALI E STATALI DI SOSTEGNO AL REDDITO”**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ **residente a Decimomannu** in via/piazza _____

n. _____ C.F. _____ telefono _____

email _____

N.B. E' obbligatorio indicare una email e un contatto telefonico

Solo per attività produttive, attività professionali e servizi per la persona:

Legale rappresentante _____

dell'attività _____, sita a Decimomannu e avente sede legale

in via _____ n. _____, partita iva o cod. fiscale

attività _____

telefono _____ email _____

Trovandosi nelle condizioni di disagio come riportate nel programma approvato con D.G. n.

CHIEDE

Di essere ammesso all'intervento comunale **“AMMORTIZZATORI COMUNALI DI SOSTEGNO AL REDDITO”**

- LINEA 1 Per le ATTIVITA' PRODUTTIVE, ATTIVITA' PROFESSIONALI E SERVIZI PER LA PERSONA**
- LINEA 2 Per le FAMIGLIE**
- BUONI PER ACQUISTO BENI DI PRIMA NECESSITA'**

A tal fine consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, 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

- Che l'eventuale contributo concesso sia erogato nel modo seguente:

Accredito sul c.c. (bancario o postale) presso _____

codice IBAN _____ (modalità consigliata)

intestato a se stesso ovvero a _____

Contanti da riscuotersi presso la Tesoreria Comunale

Delega alla riscossione in contanti presso la Tesoreria Comunale a _____

(indicare cognome e nome, luogo e data di nascita, Codice Fiscale – OBBLIGATORIO allegare documento di identità del delegato)

- Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela	Attività svolta

- Che un componente il proprio nucleo familiare è riconosciuto invalido civile/portatore di handicap grave, come comprovato da certificazione che si allega alla presente (barrare la casella che interessa)

SI NO

- Che il proprio nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno disponibile, ha percepito i seguenti redditi ESENTI IRPEF (es. Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo, Indennità di accompagnamento, Pensione sociale o assegno sociale, Rendita INAIL per invalidità permanente o decesso, Pensione di guerra o reversibilità di guerra, Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea, Contributi economici erogati dal Comune comprese le leggi di settore, Assegno di maternità per le mamme casalinghe (L.448/98 art.66), Assegno per nucleo familiare con almeno tre minori (L.448/998 art. 65), Contributo canone di locazione (L. 431/98 art.11), Assegno di mantenimento dell'ex coniuge, così determinati:

Cognome e nome	Tipo di entrata percepita	EURO

- Che la casa in cui abita è
 di proprietà ovvero è in affitto ed il canone mensile è pari a € _____
- Che:
 - sta percependo il reddito di cittadinanza per € _____ al mese
 - che non sta percependo reddito di cittadinanza
 - che ha richiesto il reddito di cittadinanza in data _____
 - che sta percependo la NASPI per € _____ al mese
 - che non lavora per cause non dipendenti dalla propria volontà (licenziamento, scadenza contratto o cessazione attività) a far data da _____
 - che la propria attività è chiusa dal _____
- Di richiedere l'assistenza economica per i seguenti motivi:

LINEA 1 Per le ATTIVITA' PRODUTTIVE, ATTIVITA' PROFESSIONALI E SERVIZI PER LA PERSONA

spese sostenute o da sostenere per le quali si richiede il sussidio:

LINEA 2 Per le FAMIGLIE

spese sostenute o da sostenere per le quali si richiede il sussidio:

DICHIARA ALTRESI'

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, composizione del nucleo familiare, situazione lavorativa ecc.)

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un 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, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente percepite.

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*

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio
- Verbali o certificazioni sanitarie attestanti eventuali stati di invalidità (da cui si evinca la percentuale di invalidità) e/o di handicap grave (da comprovare con certificazione ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3) relativi a persone presenti nel nucleo familiare del destinatario finale degli interventi, così come risulta da stato di famiglia anagrafica
- 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)
- Copia della carta di soggiorno, nel caso di cittadino extracomunitario

Data _____

Firma _____

N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata con firma leggibile e presentata unitamente ad un documento di identità del dichiarante, in corso di validità.