

OGGETTO: Istanza di ammissione all'intervento "AMMORTIZZATORI COMUNALI E STATALI DI SOSTEGNO AL REDDITO" LINEA 2 CONTRIBUTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE EMERGENZA COVID 19

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

Trovandosi nelle condizioni di disagio come riportate nel programma approvato con deliberazione della Giunta comunale n. 39/2020

CHIEDE

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

LINEA 2 Per le FAMIGLIE

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 DELE PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N.445, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI , NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART.76 DEL DPR 445 DEL 28 DICEMBRE 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 sta percependo o ha percepito i seguenti contributi pubblici

 per € _____
 - al mese o una tantum (barrare la casella che interessa)
 erogato da _____
 - che il reddito mensile netto per i due mesi precedenti la richiesta del proprio nucleo è € _____

-
- Di richiedere l'assistenza economica per i seguenti motivi:

LINEA 2 Per le FAMIGLIE

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

- 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)

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

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.76 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 che i dati acquisiti e raccolti, dei quali il Comune di Decimomannu entrerà in possesso nell'ambito del procedimento saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016 (GDPR); I dati raccolti, verranno trattati mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, secondo quanto disposto dall'Informativa sulla Privacy allegata quale parte integrale e sostanziale che dovrà essere allegata all'istanza e firmata per accettazione.

ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA *Barrare la voce che interessa*

Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità

Copia del documento 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.