



## **COMUNE DI OLLOLAI**

PROVINCIA DI NUORO

Via Mazzini n.2 – Tel. 0784/51051 –51052- Fax 0784/51499

# **DOMANDA SPESA LOCALE E SOLIDALE– EMERGENZA COVID-19**

**Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Io richiedente, consapevole che:

### **DICHIARO QUANTO SEGUE**

- Di aver letto integralmente l'Avviso Pubblico e di accettarne le condizioni senza riserva alcuna.
- di essere residente nel Comune di Ollolai.
- Che il proprio nucleo familiare si trova attualmente in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali (ai sensi dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020).
- Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

	<b>Cognome /Nome Codice fiscale</b>	<b>Luogo Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>	<b>Attività lavorativa</b>	<b>Handicap</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**QUADRO A – DATI DEL RICHIEDENTE – DI CUI ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_ Stato di cittadinanza \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. di nascita \_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento:

Tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza):*

\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**QUADRO B – REQUISITI DI RESIDENZA E CITTADINANZA**

RESIDENZA

Residente nel Comune di Ollolai.

CITTADINANZA

Cittadino Italiano

Cittadino Comunitario

Familiare di cittadino italiano o comunitario, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare di diritto di soggiorno permanente:

n. del permesso \_\_\_\_\_ data di rilascio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ eventuale scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Questura che ha rilasciato il permesso \_\_\_\_\_

Cittadino straniero in possesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo

n. di permesso \_\_\_\_\_ data di rilascio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Questura che ha rilasciato il permesso \_\_\_\_\_

Titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria)

### **QUADRO C – REQUISITI ECONOMICI**

Che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di:

- RDC
- Indennità di disoccupazione
- Cassa integrazione
- Eventuale altro sostegno pubblico

### **QUADRO D – REQUISITI ECONOMICI**

Che il proprio nucleo familiare è beneficiario di:

- RDC per un importo mensile di € \_\_\_\_\_
- Indennità di disoccupazione per un importo mensile di € \_\_\_\_\_
- Cassa integrazione per un importo mensile di € \_\_\_\_\_
- Eventuale altro sostegno pubblico per un importo mensile di € \_\_\_\_\_

### **QUADRO E – CONDIZIONI NECESSARIE PER GODERE DEL BENEFICIO**

Il richiedente, a nome di tutto il nucleo familiare percettore, dichiara di essere a conoscenza che:

- I sussidi economici non possono essere utilizzati per il consumo di tabacco, alcol e qualsiasi prodotto legato al gioco d'azzardo.
- I sussidi economici non sono erogati a soggetti affetti da dipendenze patologiche; tuttavia, il soggetto che abbia intrapreso un percorso riabilitativo può essere beneficiario dello strumento del reddito di inclusione, il quale è gestito da un familiare o da un responsabile che lo affianchi nel percorso.
- L'accertamento della finalizzazione dei sussidi economici al consumo patologico comporta l'immediata revoca del beneficio.

### **QUADRO F – DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità.
- Per i Cittadini dei Paesi Terzi copia del permesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo.
- Certificazione attestante la titolarità di protezione internazionale.
- Eventuale certificazione sanitaria comprovante l'invalidità.

## **QUADRO G – SOTTOSCRIZIONE DICHIARAZIONE**

Io richiedente, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo di domanda per il REIS è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che:

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455, l'Amministrazione Comunale procede ad idonei controlli, in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai concorrenti.

La non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta l'esclusione dalla graduatoria in fase di istruttoria e se in fase successiva la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

L'accesso ai benefici è condizionato alla disponibilità finanziaria.

**Dichiaro di aver preso atto di quanto riportato nel Quadro G**

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei mie dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali.