

Prot. n. _____ del _____

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di OLLOLAI



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) o comunque sotto la soglia del minimo vitale.**
- Che la composizione del proprio nucleo familiare (incluso il richiedente) quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

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

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, al momento della presentazione della seguente domanda, di:

- Reddito da lavoro o assimilati (come le pensioni)
- Reddito da lavoro agricolo (se si indicare le giornate lavorative _____)
- Reddito o pensione di Cittadinanza
- Indennità di disoccupazione (anche da lavoro agricolo)
- Cassa integrazione
- Eventuale altro sostegno pubblico

QUADRO D – REQUISITI ECONOMICI

Che il proprio nucleo familiare è beneficiario, al momento della presentazione della seguente domanda, di:

- Reddito da lavoro o assimilati (come le pensioni) per un importo mensile di € _____
- Reddito da lavoro agricolo per un importo mensile di € _____
- Reddito o pensione di Cittadinanza per un importo mensile di € _____
- Indennità di disoccupazione (anche da lavoro agricolo) 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:

- ISEE in corso di validità solo se in possesso del richiedente.
- 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.