

Accoglimento istanza SI/NO
Punteggio totale:

**Al Sig. Sindaco del Comune di Cabras**  
**c.a. Ufficio di Servizio Sociale**  
**P.zza Eleonora - CABRAS**

**OGGETTO: Programma di "Contrasto alle Povertà", ai sensi del comma 2, art. 35 della L.R. 29 maggio 2007 n. 2 e dell'art.8 della L.R. 5 marzo 2008 n. 3. Richiesta di contributo per far fronte all'abbattimento dei costi dei servizi essenziali. LINEA di intervento 2.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)  
nato/a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a  
Cabras, Provincia di Oristano, CAP 09072, Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ // tel. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

Di essere inserito negli interventi di sostegno economico previsto dal Programma Regionale di contrasto alle povertà, come da comma 2, art. 35 della L.R. 29 maggio 2007, n. 2 e da art.8 della L.R. 5 marzo 2008 n. 3.

**linea di intervento 2):** Concessione di contributi per far fronte all'abbattimento dei costi dei servizi essenziali, a favore di persone e nuclei familiari con reddito pari alla soglia di povertà calcolata secondo il metodo dell'Indice Situazione Economica Equivalente (ISEE);

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

**DICHIARA**

- di essere residente in Sardegna dal \_\_\_\_\_
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	ETA'	RELAZIONE DI PARENTELA	Riservato ufficio S.S.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

- che il proprio nucleo familiare ha nr. \_\_\_\_\_ minori a carico;
- che il nucleo è monogenitoriale con nr. \_\_\_\_\_ figli minori a carico;
- che il proprio nucleo familiare ha nr. \_\_\_\_\_ figli a carico;
- che le condizione di salute di nr. \_\_\_\_ componenti del nucleo sono quelle descritte nell'allegato.
- di aver percepito nell'anno 2010 redditi per complessivi Euro \_\_\_\_\_;
- di non aver percepito nell'anno 2009 redditi esenti IRPEF;
- che il proprio nucleo familiare ha percepito i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO		Riservato ufficio S.S.
	Anno 2009	Anno 2010	
Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo			
Indennità di accompagnamento			
Pensione sociale o assegno sociale			
Rendita INAIL per invalidità permanente o morte			
Pensione di guerra o reversibilità di guerra			
Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea			
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite			

- di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;
- di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

**Allega:**

- dichiarazione ISEE in corso di validità;
- certificazione riguardante le condizione di salute di nr. \_\_\_\_ componenti.
- copia di documento d'identità in corso di validità.

Cabras, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

.....

Firma

**Informativa sulla riservatezza e consenso al trattamento dei dati**

Il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini della concessione del Programma Sperimentale di contrasto delle Povertà estreme. Titolare del trattamento dei suoi dati è il Comune

Ai sensi del D.lgs. n° 196/2003 per il trattamento e tutela dei dati personali

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ Sig. \_\_\_ .....

acquisite le informazioni necessarie,

**ACCONSENTE**

*al trattamento dei dati personali - anche idonei a rilevare lo stato di salute - da parte del Comune di Cabras, dati che saranno trattati con mezzi informatici e/o manuali al solo scopo di concedere il servizio richiesto.*

Preso atto di quanto sopra il sottoscritto acconsente, ai sensi degli artt. 7,8,13,23,25 Del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, al trattamento e alla consegna dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, nei limiti di cui alla stessa e, in specifico, a quelli relativi ai dati sensibili di cui all'art. 4 co.1 lett. d.

Luogo e Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

Firma: .....

**Programma per la realizzazione di interventi a contrasto delle povertà – Terza  
annualità, linee d'intervento "1", "2" e "3"**

**EVENTUALE, PER LA PERSONA CHE NON SA O NON PUO' FIRMARE:**

**AVVERTENZE:**

1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11/05/1971, n. 390.

"Dichiarante impossibilitato a firmare" (causa dell'impedimento): .....

.....

**1° TESTIMONE** Sig. \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_.

Nato a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_.

C.A.P. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_.

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_.

Da \_\_\_\_\_.

Luogo e Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010 Firma: .....

**2° TESTIMONE** \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_.

Nato a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_.

C.A.P. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_.

Documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_.

Da \_\_\_\_\_.

Luogo e Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010 Firma: .....