



Comune di Villaricca
Citta' Metropolitana di Napoli
Settore Politiche Sociali

Al Comune di Villaricca
Ufficio Politiche Sociali

Richiesta per l'accesso al Servizio di Contrasto alla povertà -Ex Legge 328/2000

Il/La sottoscritto/a: (cognome) _____

(nome) _____ nato/a il _____

a _____ (Pr. _____), residente in Villaricca alla via _____

_____ n. _____ tel _____

CHIEDE

di poter beneficiare di un intervento assistenziale temporaneo previsto dal *Servizio di Contrasto alla Povertà* programmato nel PDZ 2015 ex Legge 328/2000.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art 76 del D.P.R 445/00 per le ipotesi di atti o dati non corrispondenti a verità,

DICHIARA

- di essere celibe ;nubile ; coniugato/a ; di stato libero ;vedovo/a
- di possedere il seguente Codice fiscale _____ ;
- di avere un reddito ISEE, riferito all'anno 2014 di E _____ ;
- di appartenere ad un nucleo familiare così composto :

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Professione (1)	Note (2)

(1) **Studente, disoccupato, lavoratore part-time, casalinga, pensionato etc.**

(2) **Specificare eventuale invalidità civile o altra condizione particolare.**

Ai sensi del D.Lgs. n.196/03, il sottoscritto autorizza espressamente l'utilizzazione dei dati di cui alla presente dichiarazione ai soli fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data _____

Firma del dichiarante

Si allega :

- certificato I.S.E.E riferito al reddito dell'anno 2014;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 come da modello allegato alla domanda;
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.
- In caso di valore ISEE uguale a zero: autodichiarazione con l'indicazione di chi provvede al sostentamento.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Il _____

Residente in Villaricca alla Via _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/00 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 alla responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

CHE IL NUCLEO FAMILIARE **HA/ NON HA** BENEFICIATO NEL CORSO DELL'ANNO 2015 DI ALTRE FORME DI ASSISTENZA EROGATE DA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ;

Se sì, specificare quali : _____

Esempio: (-ANF -MAT -contributo canone di locazione -borse di studio -Nonni civici -Affido familiare, Misure di contrasto alla povertà, ecc. Prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie gratuite : assistenza domiciliare, trasporto disabili, semiconvitto, centri diurni semiresidenziali per minori e disabili, integrazione rette ricovero in strutture residenziali per minori, anziani e disabili ecc.)

CHE IL NUCLEO FAMILIARE **POSSIEDE/NON POSSIEDE** N. _____ AUTO;

CHE IL NUCLEO FAMILIARE **POSSIEDE/NON POSSIEDE** N. _____ MOTOVEICOLI;

Se sì, specificare l'anno di immatricolazione _____

CHE IL NUCLEO FAMILIARE **POSSIEDE/NON POSSIEDE** N. _____ IMMOBILI DI PROPRIETA' ;

CHE IL NUCLEO FAMILIARE **POSSIEDE/NON POSSIEDE** N. _____ TERRENI;

In caso di proprietà specificarne la percentuale di possesso _____

DI AVERE/ NON AVERE FIGLI STUDENTI FREQUENTATI SCUOLE MEDIE SUPERIORI E/O UNIVERSITA' ;

Se sì, specificare : generalità dello studente _____

Nome e indirizzo scuola _____

Generalità dello studente _____

Nome e indirizzo scuola _____

Generalità dello studente _____

Si allega fotocopia del documento di identità firmata in calce

Villaricca, _____

Il Dichiarante

Informativa ai sensi della legge 196/2003: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del provvedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Autodichiarazione per i partecipanti con reddito zero

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in Villaricca alla Via _____

Codice Fiscale _____

partecipante all'Avviso di Misure di Contrasto alla Povertà per l'annualità 2015 , con la presente

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000:

che, poiché nell'anno 2014 né lui, né i componenti del proprio nucleo familiare, hanno prodotto reddito, così come risulta dal modello ISE/ISEE, i mezzi di sostentamento sono derivati da :

o dall'aiuto economico di (nome e cognome) _____

nato a _____ (_____) il _____ residente a _____

Codice Fiscale _____

Firma del dichiarante

Firma del sostentatore

Allegare la fotocopia del documento di riconoscimento del sostentatore.

Documentazione da allegare alla istanza Contrasto alla Povertà

- Certificato ISEE (DSU) riferito redditi anno 2014;
- Tutta la documentazione comprovante lo stato di bisogno (detenzione, dipendenza, sfratto esecutivo, invalidità al 100%, ecc.);
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;
- Certificato dello Specialista o Medico curante emesso in data non superiore a mesi tre riportante la diagnosi della patologia cronica ed i soli farmaci e/o presidi ad essa collegati non erogabili dal SSN;
- Copia libretti di circolazione auto – moto – motocicli;
- Autocertificazione per coloro che dichiarano reddito zero, con indicazione di chi provvede al sostentamento;
- Dichiarazione sottoscritta dal richiedente di aver o meno beneficiato di altre forme di assistenza erogate da Pubblica Amministrazione (assegno di maternità, assegno al nucleo, contributo di canone di locazione, borse di studio, assistenza domiciliare ecc.);
- Dichiarazione sottoscritta dal dichiarante di aver figli studenti (specificare generalità dello studente e nome ed indirizzo dell'Istituto scolastico).