



AL SERVIZIO SOCIALE
del Comune di

Prot. n. _____ del _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE DEL NUCLEO FAMILIARE PER
LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE

IL SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A: DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome Nome Comune/Stato estero di nascita

Provincia Data di nascita Codice Fiscale Comune di residenza EN Provincia

Indirizzo n. civ. C.A.P. Recapito telefonico

Cittadinanza **MAGGIORE ANNI 1**

Perodo di residenza Indicare se: vedovo/a Separato/a Divorziato/a Percettore di assegno s/n: (mantimento/reversibilità)

Valore ISEE Valore ISE

Ai sensi dell'avviso pubblico "Contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale per nuclei familiari in situazioni di disagio economico" di cui al Piano di Zona distrettuale

CHIEDE

di essere ammesso a beneficiare dell'assegno economico per servizi a favore della collettività da svolgere preferibilmente con la qualifica di:
a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

DICHIARA

la composizione del proprio nucleo familiare come di seguito

QUADRO B: Soggetti componenti il nucleo familiare (richiedente, componenti della famiglia anagrafica; considerati a carico ai fini IRPEF):

N. progr.	Codice fiscale	Cognome e nome	Rapp.par. con l'I.S.	Luogo e data di nascita	Età
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ALTRE INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE:

Nel nucleo familiare sono presenti n. soggetti con handicap permanente o invalidità superiore al 66%

Nel nucleo familiare sono presenti n. figli di età inferiore ai 18 anni

Nel nucleo familiare sono presenti entrambi i genitorisi/no:

Nel nucleo con figli minori entrambi i genitori svolgono lavoro di impresa...si/no:

Il nucleo familiare dimora abitualmente in una abitazione con il seguente titolo, indicare:

1)=Locazione 2)=locazione IACP 3)=Comodato 4)=Proprietà

Uno o più componenti del nucleo possiede immobili ad uso abitativo si/no:

Di questi immobili si possiedono solo quote..... si/no

Trattasi di immobili utilizzati da altri a titolo gratuito.. si/no

QUADRO C: SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL NUCLEO FAMILIARE

Consistenza del patrimonio mobiliare posseduto alla data de 31 dicembre dell'anno precedente alla dichiarazione

Valore del patrimonio mobiliare in

Consistenza del patrimonio immobiliare posseduto alla data de 31 dicembre dell'anno precedente alla dichiarazione.

N.* pro gr.	Tipo patrimonio (1)	Quota posseduta (percentuale)	Valore quota (come definita ai fini ICI)	A uso abitativo del nucleo familiare (2)		
1						
2						
3						
4						
5						

(*) indicare i soggetti titolari del patrimonio immobiliare utilizzando lo stesso ordine del numero progressivo del quadro B

1) FA= fabbricati; TA= terreni agricoli; TE= terreni edificabili

2) Indicare SI/NO (Categoria catastale dell'immobile ad uso abitativo del nucleo A/2)

Allegare: 1) ISEE in corso di validità

2) Copia documento di riconoscimento del Dichiarante

Io Sottoscritto,

consapevole delle responsabilità penali che mi assumo ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/200, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro di avere compilato i riquadri antecedenti, e che quanto da essi espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuare da parte della G.di F. presso gli istituti di credito ed altri intermediari finanziari che gestiscono patrimoni mobiliari ai sensi dell'art. 4, comma 2 del Decreto Leg. 31 marzo n. 222, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e nei confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informatico del Ministero delle Finanze.

Valguarnera Caropepe li,

(firma)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il sottoscritto/a _____, in riferimento alla richiesta di intervento sociale previsto dall'avviso pubblico "Contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale per nuclei familiari in situazioni di disagio", dichiara la propria disponibilità allo svolgimento di attività socialmente utili per la Città, in rapporto alla propria capacità lavorativa e delle proprie abilità personali.

E' consapevole che l'intervento sociale di che trattasi è di natura esclusivamente assistenziale e che pertanto non costituisce attività lavorativa subordinata di pubblico impiego, né a tempo determinato, né a tempo indeterminato.

Dichiara altresì, di accettare l'incarico affidato presso _____ con mansioni di _____ per la durata di mesi ____ dal _____ e per un massimo di ottanta ore mensili, da effettuare in coincidenza con gli orari di lavoro della struttura comunale e di accettare le garanzie assicurative (INAIL e R.C.T.) previste.

E' consapevole che, in qualsiasi momento il Dirigente dell'Area, su motivata proposta del Servizio Sociale, può sospendere l'erogazione del beneficio per il venir meno dei requisiti di accesso all'assistenza economica o a seguito di comportamenti non consoni alle finalità progettuali.

Le assenze giustificate, non dipendenti dalla propria volontà, per una durata massima di due settimane, sono oggetto di recupero. Esonera l'Ente da qualsiasi altra responsabilità.

Enna, li _____

Firma

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il sottoscritto/a _____, in riferimento alla richiesta di intervento sociale previsto dall'avviso pubblico "Contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale per nuclei familiari in situazioni di disagio", dichiara la propria disponibilità allo svolgimento di attività socialmente utili per la Città, in rapporto alla propria capacità lavorativa e delle proprie abilità personali.

E' consapevole che l'intervento sociale di che trattasi è di natura esclusivamente assistenziale e che pertanto non costituisce attività lavorativa subordinata di pubblico impiego, né a tempo determinato, né a tempo indeterminato.

Dichiara altresì, di accettare l'incarico affidato presso _____ con mansioni di _____ per la durata di mesi ____ dal _____ e per un massimo di ottanta ore mensili, da effettuare in coincidenza con gli orari di lavoro della struttura comunale e di accettare le garanzie assicurative (INAIL e R.C.T.) previste.

E' consapevole che, in qualsiasi momento il Dirigente dell'Area, su motivata proposta del Servizio Sociale, può sospendere l'erogazione del beneficio per il venir meno dei requisiti di accesso all'assistenza economica o a seguito di comportamenti non consoni alle finalità progettuali.

Le assenze giustificate, non dipendenti dalla propria volontà, per una durata massima di due settimane, sono oggetto di recupero. Esonera l'Ente da qualsiasi altra responsabilità.

Enna, li _____

Firma
