



P.L.U.S. OLBIA

**UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (SS)**

Via Capoverde n. 2 - Zona Industriale - c/o Delta Center

Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349

Alà dei Sardi – Arzachena – Berchidda – Buddusò – Budoni – Golfo Aranci – La Maddalena – Loiri Porto San Paolo – Monti – Olbia – Oschiri –
Padru – Palau – San Teodoro – Sant’Antonio di Gallura – Santa Teresa Gallura – Telti

**AL COMUNE DI OLBIA
Settore SERVIZI ALLA PERSONA
Ufficio Di Piano- Gestione Integrata**

**Domanda per l’accesso all’intervento Reddito di Libertà per le donne vittime di
violenza - L.R. n.33/2018 - D.G.R. n. 51/10 del 14/10/2020
Misure attuative annualità 2020.**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà
(artt. 38, 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

La sottoscritta _____

nata a _____ (prov. _____) il

_____/_____/_____

codice fiscale _____ stato civile

residente a _____ in Via _____ n. _____

OPPURE DOMICILIATA a _____ in Via _____ n. _____

recapito postale _____ telefono(obbligatorio)

_____ e-mail _____

pec _____

CHIEDE

Di beneficiare dell'intervento Reddito di Libertà sostegno economico a favore di donne vittime di violenza

A TAL FINE

Consapevole delle conseguenze e responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARA (barrare con la x la voce che interessa)

- di essere residente nel Comune di _____
- di essere domiciliata nel Comune di _____
- che la propria situazione familiare attuale è così composta, come di seguito elencati:

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

- di essere cittadina italiana;
- di essere cittadina dello Stato _____ appartenente alla Comunità Europea;
- di essere cittadina di Paese Terzo, dello Stato _____;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ figli con disabilità ai sensi della Legge n.104/92;
- di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate al Plus del Distretto di Olbia dalla Regione Autonoma della Sardegna;

Di trovarsi nella seguente condizione personale:

- condizione di stato di salute _____
(allega copia certificazione sanitaria);
- stato di gravidanza (allega certificazione sanitaria);
- di essere in possesso del certificato di disabilità ai sensi della Legge n.104/92;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
_____;
- di essere in possesso del seguente reddito personale _____
(allega copia di eventuale dichiarazione dei redditi personale o ISEE);
- di essere o essere stata ospite presso la Casa di Accoglienza per Vittime di Violenza
di _____ dal _____ al _____;
- di essere o essere stata ospite presso una **struttura simile** ad una Casa di Accoglienza (di cui
all'**Allegato alla Delibera G.R. n. 7/2 del 26/02/2020**) di _____
dal _____ al _____;
- che l'inserimento presso la Casa di Accoglienza è avvenuto in condizione di pericolo imminente;

Dichiara inoltre:

- di impegnarsi a seguire un progetto personalizzato volto al raggiungimento dell'autonomia ed emancipazione;

Allega:

- copia certificazione sanitaria comprovante il proprio stato di salute;
- copia certificazione sullo stato di gravidanza;
- copia, personale o degli eventuali figli, del certificato di disabilità ai sensi della Legge n.104/92;
- copia eventuale dichiarazione reddituale e patrimoniale personale;
- copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- eventuale copia delle disposizioni dell'autorità giudiziale (separazione, affidamento, ecc.);

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni modifica della composizione del nucleo familiare o della situazione economica patrimoniale, che comporti un cambiamento nella posizione ai fini dell'intervento oggetto della presente istanza. Dichiara altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dal Comune, dal Plus Distretto di Olbia, dalla Guardia di Finanza, dall'Agenzia delle Entrate, dal Ministero delle Finanze e da altri enti erogatori per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso.

Di essere informata che i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 del regolamento UE 2016/679). - Di aver preso visione dell' informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento UE 2016/679 contenuta nel retro della presente autocertificazione;

Con la firma posta in calce alla presente si sottoscrive quanto dichiarato.

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati

_____ li, _____

Firma leggibile

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li, _____

Firma per accettazione
