



P.L.U.S. OLBIA
UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (OT)
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 PLUS

Domanda per l’accesso all’intervento Reddito di Libertà per le donne vittime
di violenza - L.R. n.33/2018 - Misure attuative anno 2018

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 Leggn.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 _____;

che l'inserimento presso la Casa di Accoglienza è avvenuto in condizione di pericolo imminente;

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.

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

N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

_____ lì, _____

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
