



COMUNE DI SEGARIU

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

Via Municipio, 9 - 09040 – Pec: protocollo@pec.comune.segariu.ca.it
Tel. 070.9305011 - Fax 070.9302306

AI SINDACO

del Comune di SEGARIU

OGGETTO: Domanda di partecipazione al Programma Ministeriale - Misura di contrasto alla povertà - SIA - Sostegno per l'inclusione attiva – Anno 2017

Il/la sottoscritto/a _____ - nato/a a _____

il _____ prov. _____ residente a _____

via _____ n. _____ cap. _____ prov. _____ Tel. _____

C.F. _____ indirizzo email _____

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza) _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al Programma Ministeriale - Misura di contrasto alla povertà - SIA - Sostegno per l'inclusione attiva per il rilascio della Carta SIA .

A tal fine, consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARO che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

- Composizione nucleo familiare**

COGNOME E NOME	RAPPORTO PARENTELA	DATA e LUOGO DI NASCITA	STATO CIVILE	PERSONA AFFETTA DA DISABILITA'	DONNA IN STATO DI GRAVIDANZA *	REDDITO ANNO 2016
Richiedente	/	/	/	/	/	/

* ☐ Donna in stato di gravidanza accertata con documentazione medica rilasciata da _____ in data _____

• **Requisiti economici**

- ☐ di essere beneficiario/i, al momento della presentazione della richiesta, di altri trattamenti economici di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale, a qualunque titolo concessi dallo Stato o da altre pubbliche amministrazioni :

NATURA DEL REDDITO	IMPORTO ANNUALE 2017	BENEFICIARIO
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	€	
Assegno alimentare e/o di mantenimento	€	
Sussidi economici ex L.R. 20/97; L.R. 11/85;	€	
Altre entrate anche non continuative (es inserimenti lavorativi protetti, lavoro occasionale, servizio civico etc)	€	

- ☐ di possedere i seguenti autoveicoli (indicare marca, tipo, targa e anno di immatricolazione)

- di essere disponibile ad aderire al progetto personalizzato secondo quanto concordato con il Servizio Sociale di appartenenza;
- 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.

Data _____

Firma _____

N.B: Allegare alla domanda:

- Copia documento d'identità in corso di validità ;
- Copia attestazione ISEE rilasciata nell'anno 2017;
- Modulo SIA Ministeriale;
- Copia documentazione sanitaria attestante lo stato di gravidanza (se ricorre il caso).

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003) Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed il Comune di residenza, in qualità di titolari del trattamento dei dati personali, informano che i dati conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione della Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA), che altrimenti non potrebbe essere attribuita. I dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, con modalità anche informatizzate o telematiche a ciò strettamente funzionali, da parte, oltre che del titolare del trattamento, dell'INPS e del Gestore del servizio espressamente individuato, da altre Amministrazioni centrali, regionali o locali, designati responsabili del trattamento dei dati personali nonché degli incaricati del trattamento. I diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all'INPS – Istituto Nazionale Previdenza Sociale.

Firma _____