

**Comune di Uta**  
**Città Metropolitana di Cagliari**  
**Area Politiche Sociali**

Piazza S'Olivariu - 09068 Uta (CA) Telefono +39 07096660261 | Fax +39 07096660263  
Sito istituzionale: [www.comune.uta.ca.it](http://www.comune.uta.ca.it)

**AL COMUNE DI UTA**  
**AREA POLITICHE SOCIALI**

OGGETTO: Domanda di ammissione alla misura regionale "**Altri interventi di contrasto alla povertà di cui alla parte II delle Linee guida triennio 2024-2026 (DGR n. 4/39 del 15.02.2024).**

Procedura a sportello fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a fruire dei benefici previsti dalla misura regionale "**Altri interventi di contrasto alla povertà di cui alla parte II delle Linee guida triennio 2024-2026 (approvate con DGR n. 4/39 del 15.02.2024).**

Il/ La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nat ___ a _____ il ___/___/_____
residente a UTA in via/p.zza _____ n. _____
Cittadinanza _____
Recapito telefonico _____ indirizzo e-mail/ PEC _____
Indirizzo presso il quale s'intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

*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:*

**DICHIARA**

*(artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)*

- di aver preso visione e aver compreso quanto indicato nell' Avviso pubblico denominato "**Altri interventi di contrasto alla povertà di cui alla parte II delle Linee guida triennio 2024-2026 (approvate con DGR n. 4/39 del 15.02.2024)**

- di essere:

**(barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella di interesse):**

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario,
- cittadino straniero in possesso di regolare titolo di soggiorno;
- di essere residente e domiciliato nel Comune di Uta al momento della presentazione della domanda; *(campo obbligatorio)*
- che il proprio nucleo familiare è così composto (escluso il richiedente): *(campo obbligatorio)*

COGNOME E NOME	RAPPORTO PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	STATO CIVILE	PERSONA AFFETTA DA DISABILITA'	OCCUPAZIONE

- che:  
l'ISEE Ordinario (in corso di validità) è pari a € \_\_\_\_\_ *(campo obbligatorio)*  
l'ISEE Corrente (in corso di validità) è pari a € \_\_\_\_\_

***(Se in possesso possono essere presentati entrambi gli ISEE al fine di certificare il peggioramento della propria condizione economica)***

**⇒ Che rispetto alla misura regionale **Reddito di Inclusione Sociale (REIS)** si trova nella seguente situazione:**  
**(barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella di interesse):**

- di beneficiare della misura regionale;
- di NON beneficiare della misura regionale

**⇒ Che rispetto alla misura nazionale **dell'ASSEGNO DI INCLUSIONE (ADI)** si trova nella seguente situazione:**

**(barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella di interesse):**

- di percepire l'ADI con decorrenza \_\_\_\_\_ per l'importo mensile di € \_\_\_\_\_
- di aver presentato per l'anno 2024 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di ADI in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ e di essere in attesa del relativo esito;
- di aver presentato per l'anno 2024 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di ADI e che la stessa è stata respinta *(allegare la documentazione di rigetto)*;
- di non percepire (o altro componente del nucleo familiare) l'ADI in quanto il beneficio è decaduto in data \_\_\_\_\_ *(allegare documentazione attestante la decadenza)*;

- di **NON** avere (o altro componente del nucleo familiare) i requisiti per beneficiare dell'ADI

Che rispetto alla misura nazionale “Supporto Formazione e Lavoro” (SFL) si trova nella seguente situazione:

**(barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella di interesse):**

- di percepire l'indennità SFL con decorrenza \_\_\_\_\_
- di aver presentato per l'anno 2024 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di SFL in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ e di essere in attesa del relativo esito;
- di aver presentato per l'anno 2024 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di SFL e che la stessa è stata respinta (*allegare la documentazione di rigetto*);
- di non percepire (o altro componente del nucleo familiare) SFL in quanto il beneficio è decaduto in data \_\_\_\_\_ (*allegare documentazione attestante la decadenza*);
- di **NON** avere (o altro componente del nucleo familiare) i requisiti per beneficiare di SFL

- di trovarsi in una situazione di bisogno, fragilità socio-economica, vulnerabilità per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

che il pagamento dei sussidi economici concessi avvenga attraverso una delle seguenti modalità:

**(barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella di interesse):**

- accreditato su c/c bancario o postale o carta intestati o cointestati a sé medesimo (di cui si allega copia codice IBAN);
- rimessa diretta in proprio favore (solo per importi inferiori a € 1.000);

### **D I C H I A R A I N O L T R E**

**(barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le caselle seguenti):**

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto che si intende accettato integralmente, nonché di quanto previsto dalle Linee Guida per il triennio 2024/ 2026 approvate con DGR n. 4/39 del 15.02.2024;
- di essere consapevole che la mancata presentazione della documentazione richiesta a corredo della presente domanda, entro i termini stabiliti, può comportare l'esclusione dal procedimento di attribuzione dei benefici;
- di assumersi ogni responsabilità in ordine alla verifica della correttezza delle dichiarazioni rese e della documentazione presentata all'Ufficio Protocollo dell'Ente (istanza, firma, allegati);
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000;
- di assumersi l'onere di comunicare tempestivamente al Servizio Sociale del Comune di Uta qualunque variazione rispetto alla situazione dichiarata nella presente domanda;
- di impegnarsi ad aderire al progetto personalizzato secondo quanto concordato con il Servizio Sociale Professionale, pena l'esclusione dal beneficio richiesto;
- di essere consapevole che l'eventuale accesso al contributo potrà essere sospeso in caso di esaurimento

delle risorse disponibili in capo al Comune di Uta;

- di essere a conoscenza che saranno esclusi dalla misura:
  - i soggetti che non possiedono i requisiti e le caratteristiche indicate nel presente avviso;
  - coloro che effettuino false dichiarazioni ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445;
  - coloro che non comunichino al Servizio Sociale variazioni di requisiti che hanno rilevanza sulla presente procedura;
  - coloro che hanno in corso la misura regionale REIS;
  - le domande prive della firma del dichiarante;
  - coloro che non regolarizzeranno l'istanza entro i termini stabiliti, la quale sarà pertanto soggetta ad automatica esclusione;
  - coloro che rifiutino di aderire al progetto personalizzato da concordare con il Servizio Sociale Professionale o che disattendano gli impegni assunti.

**N.B: Allegare alla domanda la seguente documentazione obbligatoria:**

- copia (fronte e retro) del documento d'identità del richiedente in corso di validità e della tessera sanitaria (solo se non inviata attraverso la modalità "istanze online");
- copia decreto di nomina Amministratore di Sostegno/ tutore (se ricorre il caso).
- attestazione ISEE in corso di validità (ordinario, minorenni o corrente se ricorre il caso);

Al fine di consentire una più celere istruttoria delle istanze si invitano i richiedenti ad allegare la seguente ulteriore documentazione:

- la ricevuta di presentazione di domanda ADI 2024;
- la ricevuta di esito negativo o decadenza ADI 2024;
- la ricevuta di presentazione di domanda SFL;
- (eventuale) verbale di riconoscimento di invalidità civile/ disabilità di uno o più componenti il nucleo familiare;
- qualsiasi altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione dello stato di fragilità, emarginazione e vulnerabilità;
- copia del codice IBAN;
- eventuali copie di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (sentenza separazione/divorzio, affidamento ecc.).

Data \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

<b>INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO UE-GDPR)</b>
---

**DICHIARA**

Di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 679/2016 (GDPR) relativa al procedimento in oggetto.

Firma richiedente \_\_\_\_\_