

Ambito Socio Territoriale n. 8
“Metapontino Collina Materana”
(Comuni di: Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione,
Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano,
San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni)

DEL COMUNE DI

**DOMANDA PER LA FRUIZIONE DI PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO A
PERSONE IN PARTICOLARI CONDIZIONI DI VULNERABILITA' E
FRAGILITA' SOCIALE
(D.G.R. 29/2018).**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il
_____ e residente in _____ () alla Via
_____ nr. _____, Codice Fiscale _____,
Telefono _____, Stato Civile _____,

Eventuale persona di riferimento Sig./Sig.ra _____,
Telefono _____ in qualità di _____ domiciliato/a a
_____ () alla Via _____ nr. _____,

CHIEDE

L'ammissione alla fruizione dei percorsi personalizzati previsti dalla D.G.R. nr. 29 del 22.01.2018, e, a tale fine, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci previste ex art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto dai seguenti componenti:

N. componenti _____ di cui N. minori _____, N. _____ disabili

[illegible]

- Che il proprio nucleo familiare è caratterizzato dalla presenza di particolari condizioni di vulnerabilità e fragilità sociale per la presenza delle seguenti situazioni:
 - ☐ *Persistente inoccupazione di uno o più componenti;*
 - ☐ *Condizioni di rischio per uso di stupefacenti e per altre dipendenze di uno o più componenti;*
 - ☐ *Detenzione in istituti penitenziari, condanne ammesse alle misure alternative alla detenzione ed al lavoro all'esterno, persone sottoposte ad almeno un provvedimento definitivo di condanna emesso dall'Autorità Giudiziaria con limitazione e/o restrizione della libertà personale anche in regime di media sicurezza senza aggravanti di pericolosità sociale;*
 - ☐ *Presenza di componenti con malattie croniche invalidanti e/o con doppia diagnosi;*
 - ☐ *Rischio di microcriminalità;*
 - ☐ *Presenza di eventi accertati di violenza su donne e minori.*

- Che il proprio nucleo familiare è in possesso di un valore I.S.E.E. in corso di validità pari ad Euro _____;

- Che il proprio nucleo familiare è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali:
 - ☐ Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.);
 - ☐ Reddito di inclusione (R.E.I.)
 - ☐ Assegno di maternità erogato dall'I.N.P.S.;
 - ☐ Assegno per il Nucleo Familiare erogato dall'I.N.P.S.;
 - ☐ Indennità di accompagnamento;
 - ☐ Assegno di invalidità/Indennità di frequenza;
 - ☐ Assegno percepito dal coniuge non convivente per mantenimento dei figli;
 - ☐ Altri benefici assistenziali (contributi economici erogati dal Comune, esenzione dal pagamento delle tariffe dei servizi pubblici, buoni acquisto libri di testo, buoni sport, contributi per talassemici e nefropatici, ecc.);
 Specificare _____

Allega alla presente:

- *Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;*
- *Copia del proprio documento di identità in corso di validità.*

_____, li _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acconsento ai sensi del D.Lgs. 196/2003 al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti legittimati relativamente a quanto necessario ai fini della procedura.

_____, li _____

Firma