



AI SERVIZIO SOCIALE  
Del Comune di LUNAMATRONA

**OGGETTO: Domanda di partecipazione al Programma Ministeriale -  
Misura nazionale di contrasto alla povertà Reddito di Inclusione (Rel).  
- Anno 2018**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ - nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

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 nazionale di contrasto alla povertà Reddito di Inclusione (Rel).** - Anno 2018

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*	PROFESSIONE E REDDITO ANNO 2017
----------------	--------------------	-------------------------	--------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------


\*  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:**

- modulo INPS debitamente compilato;
- Copia documento d'identità in corso di validità ;
- Copia attestazione ISEE rilasciata nell'anno 2018;
- Copia del libretto di circolazione della/e autovetture e/o motoveicoli.
- 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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_